

(校方名稱) 暨
天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院
「藥師人員就業菁英班」培訓合約書

_____先生/小姐 (以下簡稱乙方) 經_____學校 (校方名稱) 公開甄選合格且充分了解天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院 (以下簡稱甲方) 之發展願景而參加藥師人員就業菁英班(以下簡稱本專班)之培訓課程, 甲、乙雙方同意訂立下列條款, 以茲共同遵守。

第一條: 培訓 (修業) 期間

- 一、本專班培訓期間自民國____年__月__日起至__年__月__日止。
- 二、實際期間仍以乙方通過本專班作業規範為準。
- 三、休學、退學或個人因素不願繼續參加本專班培訓課程者即行停訓。

第二條: 培訓課程內容

- 一、自大學藥學系各年制畢業前二年級之在校學生 (如: 四年制學生為三、四年級學生;五年制為四、五年級學生;六年制為五、六年級學生等), 培訓至畢業止之就業菁英班的學生, 由校方安排至甲方醫院實習。
- 二、參加就業菁英班之學生必須配合參加本專班規劃之所有培訓與實習課程至少 640 小時, 實習指導費用依甲方相關規定辦理, 如確有請假必要, 事假應於七天前親自申辦; 病假或緊急事故不及事先請假者, 應以電話事先向主辦單位報備, 但須於假後七天內辦妥請假手續, 否則視同曠課。

第三條: 獎助學金分發

- 一、參加本專班之學生, 自培訓開始起於每學期初, 由甲方醫院提供獎助學金新台幣柒萬元整。
- 二、申請獎助學金期間須符合下列兩項條件:
 - (一)前兩學期之學期成績於該就讀學校藥學系排名前 20%, 或前兩學期各科及格且學業成績達 75 分(含)以上、並操行成績達 80 分(含)以上。
 - (二)未曾有重大違反校規、違法事件或不良行為紀錄。

第四條: 申請文件

甲方醫院每學期初依校方提供之獎助學金名單等相關資料(含獎助學金申請書、學期成績之申請佐證資料、學生證與身分證影本、匯款帳戶影本等), 經審核無誤後, 直接將獎助學金撥入乙方之金融機構帳戶。

第五條: 乙方畢業後之義務

- 一、畢業後最近一次的專門職業及技術人員藥師高等考試及格後一月內需至甲方醫院藥劑科到職服務, 履約服務年限二年。並於考核期通過, 依甲方醫院簽立之服務契約書成為正式員工者。
- 二、如未於畢業後最近一次取得藥師證書或有特殊考量(如: 服兵役等因素…), 需於公告後或知有特殊原因起一個月內, 向甲方提出申請展延履約服務期間, 經甲方同意後始得生效。
- 三、除上述二或因遭逢重大意外事變經甲方專案核准外, 不得以個人理由留職停薪; 申請留職停薪者, 其依申請留職停薪時間, 同等延長服務年限。

第六條: 違約罰則

- 一、乙方在學期間若有下列情形之一者, 即予以退訓, 其在學期間接受甲方所資助之獎助學金, 須全數返還 (由學生直接繳回給甲方)。
 - (一) 當學年成績表現不佳 (學期總平均成績未達 75 分(含)以上或實習成績未達 75 分(含)以上), 或行為不當而遭致學校處分 (操行未達 80 分(含)以上或累積處大過處分) 者。

(二) 因轉科系或因休學無法復學或因故中途退學或遭受退學處分，或個人因素不願繼續參加本專班課程者。

二、乙方畢業至甲方服務後，若因故未能履滿第五條所訂之服務年限，除需依照到職時，與甲方簽訂之服務契約書規定辦理外，並須繳回其在學期間接受甲方所資助之全數獎助學金。

三、畢業兩年後專門職業及技術人員藥師高等考試仍未及格者，須繳回其在學期間接受甲方所資助之全數獎助學金。

第七條：_____先生／女士為履行本合約各條款義務之連帶保證人（應年滿二十歲，有正當職業具清償能力者，並請檢附身分證正反面影本），若乙方未依規定繳回返還或違約之費用，應由連帶保證人負償還之責，並放棄先訴抗辯權。

第八條：生效與修訂
本合約書自甲方與乙方簽約之日起生效。本合約書若有未盡事宜，依誠信原則決之，雙方得另以書面作成補充約定且經雙方簽名或蓋章後，視為本契約之一部分。

第九條：如因本合約而涉訟，雙方合意以嘉義地方法院為管轄法院。

第十條：本合約書乙式叁份，由甲、乙雙方、校方各執乙份為憑。

立合約書人：

甲方：天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院

院長：陳美惠

地址：嘉義市大雅路 565 號

連絡電話：(05)275-6000

乙方：_____ (簽名蓋章)

身分證號：

戶籍地址：

連絡電話：

法定代理人：_____ (簽名蓋章)

法定代理人身分證號：

法定代理人戶籍地址：

乙方連帶保證人：_____ (簽名蓋章)

身分證號：

戶籍地址：

連絡電話：

見證人：_____ 學校(校方名稱)

代表人：

地址：

乙方連帶保證人身分證影本黏貼處

請黏貼正面影本

請黏貼反面影本

中 華 民 國 年 月 日

天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院

獎助學金申請表(附件一)

姓名			出生日期	民國__年__月__日	照片黏貼處 (兩吋照片)
身分證字號			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
聯絡市話	()		聯絡手機		
戶籍地址	□□□				
聯絡地址	□□□				
就讀學校			電子信箱		
學制	<input type="checkbox"/> 四年制 <input type="checkbox"/> 五年制 <input type="checkbox"/> 六年制		年級		
學期成績 (總平均)	學業 成績	第一學期__分		操行 成績	第一學期__分
		第二學期__分			第二學期__分
藥師證照	<input type="checkbox"/> 有，取得日期：民國__年__月。 <input type="checkbox"/> 尚未取得，預計考試日期：民國__年__月。				
檢附申請人資料： <input type="checkbox"/> 獎助學金申請表（附件一） <input type="checkbox"/> 獎助學金合約書（附件二）（壹式參份） <input type="checkbox"/> 前一學年成績證明書 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 學生證正反面影本 <input type="checkbox"/> 銀行存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 其他證明：_____			是否曾經申請本院獎助學金： <input type="checkbox"/> 是，民國__年__月申請，此為第__次申請。 是否申請其他醫院獎助學金： <input type="checkbox"/> 是，_____。 <input type="checkbox"/> 否。		
本人已詳閱天主教聖馬爾定醫院「藥師人員就業菁英班」培訓合約書，據實填寫個人資料並同意院方對資料內容進行查核及人力資料庫使用。若有虛偽造假之情事，本人願接受終止申請、錄取資格等相關權利；若經查核不實，院方有權並視情況採取法律途徑。 申請人簽章：_____申請日期：民國_____年_____月_____日 藥學科系主任簽章：_____日期：民國_____年_____月_____日 (以下資料由天主教聖馬爾定醫院填寫)					
審核意見欄	藥劑科	人力資源科		會計科	院長室
	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過		<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過