

正本

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 函

機關地址：97002花蓮市中央路三段707號

傳 真：(03)8560977

承 辦 人：劉采艷

聯絡電話：(03)8561825轉13299

807

高雄市三民區十全一路100號

受文者：高雄醫學大學藥學系

發文日期：中華民國114年05月06日

發文文號：慈醫文字第1140001325號

速別：普通件

密等及解密條件：普通

附件：隨文發訖

主旨：為培育優秀藥師人才，鼓勵藥學系應屆畢業生至花蓮慈濟醫院藥學部投入藥事服務工作，本院辦理「卓越藥學獎助金」制度，敬請貴系惠予協助公告並推薦優秀學生申請，請查照。

說明：

一、本院為提升藥事服務品質，培育具潛力之藥學生，自114學年度起辦理「卓越藥學獎助金」計畫，提供具志向之藥學系學生經濟支持及實務接軌機會。

二、本獎助金適用對象為全國各大專院校藥學系畢業前二年在學學生(含碩士班)，申請學生需具備良好學業成績及服務熱忱，並同意畢業後至本院服務一定年限。

三、獲選學生可獲得每學年新臺幣十七萬元之獎助金，至本院履約期間薪資福利比照一般藥師。詳細內容請參閱附件「114學年卓越藥學獎助金作業辦法」，申請文件參考附件一~四。

四、惠請貴系協助公告相關訊息，並於推薦截止日前推薦適合人選申請，俾利後續審核作業順利辦理。

五、推薦申請文件請於114年9月30日前以郵戳為憑，掛號寄至花蓮市中央路三段707號慈濟醫院藥學部(大愛樓B1)劉采艷部主任收。

六、若有申請相關疑問，請電洽劉采艷主任。電話：

(03)8561825轉13299；電子信箱：tsailou@tzuchi.com.tw。

正本：中國醫藥大學藥學系，台北醫學大學藥學系、高雄醫學大學藥學

系、嘉南藥理科技大學藥學系、大仁科技大學藥學系、國立台灣  
大學藥學系、國立成功大學藥學系、國立陽明交通大學藥學系  
副本：本院藥學部

# 院長林欣榮

擬：1. 陳國

2. 公告

3. 存查



114.5.9



# 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院藥學部

## 114 學年度「卓越藥學獎助金」作業辦法

聯繫人：劉采艷 主任

聯繫電話：03-8561825轉13299

聯繫網址：tsailou@tzuchi.com.tw

### 一、目的

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院(下稱本院)為培育優秀藥師人才,招募共同守護東部民眾健康之藥事人員,鼓勵藥學系應屆畢業生至花蓮慈濟醫院藥學部(下稱本部)從事藥師工作,補助藥學系學生獎助學金,特設置本辦法。

### 二、申請條件

各大專院校藥學系在校優秀學生,符合下列條件者,得依本辦法申請獎助:

- (一) 獎助對象:四技三、四年級;四年制大學三、四年級;五年制大學四、五年級;六年制大學五、六年級;碩士一、二年級。且須為具備藥師執照應考資格系所之學生,不含休學及延畢者。
- (二)前一學年度學業成績各科均需 60 分(含)以上,總成績平均 75 分(含)以上,操行成績甲等或 80 分(含)以上,且無任何懲處紀錄者。

### 三、獎助名額

經各校推薦共錄取 8 名

### 四、申請手續

依本辦法申請獎助者,應於指定時間內檢附下列文件向本院提出申請:

- (一)114 學年「卓越藥學獎助金」申請表。
- (二)114 學年「卓越藥學獎助金」推薦書(兩位老師與申請人)。
- (三)114 學年「卓越藥學獎助金」-獎助金合約書共三份(需先完成簽署後全數寄回,審查核可通過者經合約用印正式生效後,由甲、乙方及連帶保證人各留存一份)。
- (四)除研究所一年級學生檢附大學畢業成績證明外,其餘學制學生一律檢附 113

學年度(含上、下學期)含校排名之成績證明。

(五)個人資料保護法應告知事項暨同意書

(六)研究所學生申請時若已具藥師證書者，請檢附藥師證書影本。

七、於 114 年 9 月 30 日前以郵戳為憑，以掛號寄到花蓮市中央路三段 707 號慈濟醫院藥學部(大愛樓B1) 劉采艷 主任收

## 五、審核

申請資料經本院藥學部初審、並得通知申請獎助者至指定場所接受面談通過後，由人力資源室複審；經院方核准後，於 114 年 11 月 15 日將獎助對象（下稱獎助生）名單公告於本部網頁。

## 六、簽約

(一)獎助生應與本院簽訂就學獎助合約，否則視為放棄獎助機會。

(二)獎助合約應由獎助生（若獎助生未成年者應由法定代理人代理）及獎助生之連帶保證人共同簽訂。連帶保證人應為獎助生之父母、配偶、法定代理人，或年滿十八歲、有正當職業、具清償能力證明且經本院同意者。

## 七、獎助金額與發給方式

(一)本院提供之獎助金額為每名每學年（含上、下學期）新台幣 17 萬元整，至多申請兩年；申請時前一學年成績校排名前 20%者另核予 2 萬元；申請時已具藥師證書並檢附證明者，履約報到後核予 6,000 元獎勵金；每名獎助最高金額為 36.6 萬元整(包含獎助兩年、校排名前 20%、證書獎勵)。由本院財務室依審核結果將獎助金匯款至獎助生提供之個人金融機構帳戶，並列報為當年度所得。

(二)依據財團法人法第二十五條第三項第二款規定，財團法人應主動公開受獎助者姓名及獎助金額，乙方須同意公開獎助資訊。

## 八、履約及分發

(一)獎助生應於畢業前三個月向本院提出履約申請，由本部依據缺編狀況，並參

考個人學歷、專長及志趣等，於面試後決定派職單位、職務及到職日。

(二)獎助生應依派職單位之規定，完成任用及報到手續，分發履約單位為藥學部各組別，履約期間相關薪資與福利，依照其當時具備之資歷，比照一般新進藥師核發。

(三)獎助生之履約服務期間為受獎助年限之一倍，履約應採連續服務方式，不得要求分段完成；但服兵役或經本院同意者不在此限。

## 九、延後履約

獎助生有下列情事者，須檢具相關證明文件向本院申請延後履約：

(一)服兵役者：獎助生應於退伍前二個月，向本院提出履約申請。

(二)其他重大事由有延後履約之必要，經本院同意者：獎助生應於事由消失後一個月內，以書面向本院提出履約申請。

## 十、解除合約

獎助生如有下列情事之一者，本院得解除合約並向獎助生索取違約賠償：

(一)轉科系、應屆未能畢業、休學無法復學，或因故中途退學，或遭受退學處分者。

(二)未依規定提出服務履約申，或經錄用分發但未依規定到職者，或未服務滿履約期限即離職者。

(三)履約期間一年後仍未取得藥師證書者，經溝通後不願轉任職務或單位者，視為解除合約。

## 十一、違約賠償

除有特殊情事、經本院同意專案辦理者外，獎助生應自解除合約後一個月內完成違約賠償(含獎助本金及違約金):依未履約之年月數比例賠償獎助費用之本金(未履約年月數不滿一月者，以一月計)，並按當時台灣銀行一年期定期存款固定利率計算之利息予本院作為違約金。

## 十二、實施與修訂

本辦法經院長核定後公佈實施，修訂時亦同。

附件一：

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

114學年「卓越藥學獎助金」申請表

申請日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|                                                                      |        |                                                                                            |         |       |      |      |           |
|----------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|------|------|-----------|
| 申請人                                                                  | 姓名     | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                      | 出生日期    | 年     | 月    | 日    | 最近半年內二吋照片 |
|                                                                      | 手機號碼   | 身分證字號                                                                                      |         |       |      |      |           |
|                                                                      |        | 手機號碼                                                                                       |         |       |      |      |           |
|                                                                      | 戶籍地址   | □□□                                                                                        |         |       |      |      |           |
|                                                                      | 通訊地址   | □□□<br><input type="checkbox"/> 同戶籍地址                                                      |         |       |      |      |           |
| 電子信箱                                                                 |        |                                                                                            |         |       |      |      |           |
| 是否曾受領慈濟金會獎助學金： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 無 |        |                                                                                            |         |       |      |      |           |
| 申請獎助學金期間：學年度第 學期                                                     |        |                                                                                            |         |       |      |      |           |
| 就讀學校                                                                 | 就讀學校名稱 |                                                                                            |         |       |      |      |           |
|                                                                      | 校 址    |                                                                                            |         |       |      |      |           |
|                                                                      | 目前就讀   | <input type="checkbox"/> 四技<br><input type="checkbox"/> 大學<br><input type="checkbox"/> 研究所 | 科系      | 科系 年級 |      |      |           |
|                                                                      |        | 學業成績                                                                                       | 第一學期總平均 | 分     | 操行成績 | 第一學期 | 分         |
|                                                                      |        |                                                                                            | 第二學期總平均 | 分     |      | 第二學期 | 分         |
|                                                                      | 畢業總平均  | 分                                                                                          | 畢業操行總成績 | 分     |      |      |           |
|                                                                      | 備註：    |                                                                                            |         |       |      |      |           |
| 班導師確認簽名：                                                             |        |                                                                                            |         |       |      |      |           |
| 日期： 年 月 日                                                            |        |                                                                                            |         |       |      |      |           |

申請人基本資料：

| 申請人身分證正面影本 | 申請人身分證反面影本 |
|------------|------------|
|            |            |

| 申請人學生證正面影本 | 申請人學生證反面影本 |
|------------|------------|
|            |            |

| 申請人存摺正面影本 |
|-----------|
|           |

## 送審文件清單

| 項 目 |                                    | 份數  | 請勾選                      |
|-----|------------------------------------|-----|--------------------------|
| A   | 114 學年「卓越藥學獎助金」申請表                 | 1 份 | <input type="checkbox"/> |
| B   | 114 學年「卓越藥學獎助金」推薦書(兩位老師與申請人)       | 1 份 | <input type="checkbox"/> |
| C   | 114 學年「卓越藥學獎助金」合約書                 | 3 份 | <input type="checkbox"/> |
| D   | 大學畢業成績證明或 113 學年度(含上、下學期)含校排名之成績證明 | 1 份 | <input type="checkbox"/> |
| E   | 個人資料保護法應告知事項暨同意書                   | 1 份 | <input type="checkbox"/> |
|     | 備審資料(若已具藥師證書者,請檢附藥師證書影本)           | 1 份 | <input type="checkbox"/> |

註：請確認送審文件清單內容填寫完整，並確認份數正確，於 114 年 9 月 30 日前以郵戳為憑，以掛號寄到花蓮市中央路三段 707 號慈濟醫院藥學部(大愛樓B1)劉采艷主任收。



附件二：

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

114學年「卓越藥學獎助金」推薦書【學校老師推薦-1】

[illegible]

114學年「卓越藥學獎助金」推薦書【學校老師推薦-2】

花蓮慈院 114 學年卓越藥學方案

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

114學年「卓越藥學獎助金」推薦書【申請人自我推薦】

1. 簡介就讀藥學系的過程
2. 為何想要申請此專案
3. 未來計畫



附件三：

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院藥學部  
114 學年「卓越藥學獎助金」-合約書

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

甲

(下稱 方)

立合約書人\_\_\_\_\_

乙

(立合約書人應為獎助生本人，若獎助生未成年者應由法定代理人代理)

雙方就獎助事項合意如下：

第一條 甲方依【佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院藥學部 114 學年度「藥學部獎助金」作業辦法】提供獎助予乙方，乙方應於應屆畢業後一年內取得藥師證書，依甲方派職分發之指示，於甲方隸屬醫院就業服務。

第二條 本合約未規定事項，雙方同意依上開辦法辦理，並依據財團法人法第二十五條第三項第二款規定，財團法人應主動公開受獎助者姓名及獎助金額，乙方須同意甲方公開獎助資訊。

第三條 甲方依乙方申請獎助年數提供每學年（含上、下學期）新台幣十七萬元整（視申請之獎助合約年數，共十七至三十四萬元）；申請時前一學年成績校排名前百分之二十者另核予二萬元；申請時已具藥師證書並檢附證明者，履約報到後核予六千元獎勵金。經甲方審核符合獎助資格者，由本院財務室依審核結果將獎助金匯款至乙方提供之個人金融機構帳戶，並列報為當年度所得。

第四條 乙方應於畢業前三個月向本院提出履約申請，由本部依據缺編狀況，並參考個人學歷、專長及志趣等，於面試後決定派職單位、職務及到職日；分發履約單位以藥學部為主，乙方應依派職單位之規定，完成任用及報到手續。

第五條 乙方履約應採連續服務方式，除因服兵役或經甲方同意外，不得要求分段完成。

第六條 乙方如有以下情形者，且檢具相關證明文件者，得向本院申請延後履約：

一、服兵役者：獎助生應於退伍前二個月，向本院提出履約申請。

二、其他重大事由有延後履約之必要，經本院同意者：獎助生應於事由消失後一個月內，以書面向本院提出履約申請。

第七條 乙方如有下列情事之一，甲方得解除合約：

一、轉科系、應屆未畢業、休學無法復學，或因故中途退學，或遭受退學處分者。

二、未依規定提出服務履約申請，或經錄用分發但未依規定到職者，或未服務滿履約期限即離職者。

三、履約一年後仍未取得藥師證書者，經溝通後不願轉任職務或單位者，視為解除合約。

第八條 除有特殊情事、經本院同意專案辦理者外，獎助生應自解除合約後一個月內完成違約賠償（含獎助本金及違約金）：依未履約之年月數比例賠償獎助費用之本金（未履約年月數不滿一月者，以一月計），並按當時台灣銀行一年期定期存款固定利率計算之利息予本院作為違約金。

第九條 乙方邀請\_\_\_\_\_先生/女士同意為履行本合約各條款義務之連帶保證人，與乙方連帶附前條之賠償責任。（連帶保證人應為獎助生之父母、配偶、法定代理人，或年滿十八歲、有正當職業、具清償能力證明且經本院同意者。）

第十條 甲、乙雙方及連帶保證人如因本合約涉訟，均合意以台灣花蓮地方法院為第一審管轄法院。

第十一條 本合約附件【佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院藥學部114學年度「卓越藥學獎助金」作業辦法】為本合約之一部份，其效力與本合約同，若有衝突之處，以本合約規定為準。

第十一條 本合約正本壹式叁份，甲、乙雙方及連帶保證人各執乙份為憑。

甲 方：佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

代表人：林欣榮

地址：花蓮市中央路三段七〇七號

乙 方（學生）： (簽章)

身分證字號或護照號碼：

地 址：

手機號碼：

E-mail：

乙方法定代理人(家長)： (簽章)

身分證字號或護照號碼：

地 址：

電 話：

乙方連帶保證人： (簽章)

身分證字號：

與乙方關係：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日



## 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 個人資料保護法應告知事項暨同意書

佛教慈濟醫療財團法人（以下稱本法人）為下列之特定目的，茲依據個人資料保護法（以下稱個資法）規定，向台端告知下列事項：

- 一、蒐集之目的：為本法人藥事作業人才培育獎助學金申領及人力資源登錄與管理之需要。
- 二、蒐集之個人資料類別：姓名、生日、身分證字號、相片、聯絡方式、學校、財務、家庭、志願服務團體，詳如相關表單（包括但不限於戶籍謄本、在學證明、學生證、獎助學金申請書、獎助學金推薦書、獎助學金申領合約書、成績單、自傳、存摺帳號）之內容。
- 三、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：
  - （一）期間  
依個人資料蒐集之特定目的存續期間、相關法令規定或契約約定之保存年限。
  - （二）地區  
本國、本法人海外分支機構所在地、與本法人有業務往來之機構營業處所所在地、其他未受中央目的事業主管機關限制國際傳輸個人資料之接收者所在地；包含本法人、本法人之下轄各機構或單位、與本法人有從屬關係之子機構或單位、與本法人或前述機構或單位因業務需要而訂有契約之機構或顧問（如律師、會計師）、其他慈濟醫療志業體等所在之地區。
  - （三）對象  
本法人、本法人之下轄各機構或單位、與本法人有從屬關係之子機構或單位、與本法人或前述機構或單位因業務需要而訂有契約之機構或顧問（如律師、會計師）、其他慈濟醫療志業體等、依法有調查權之機關。
  - （四）方式  
以自動化機器或其他非自動化方式所為之利用，包括但不限於：1. 書面或電子文件 2. 電話、傳真。
- 四、台端就本法人保有台端之個人資料，得依個資法第三條行使下列權利：
  - （一）查詢、請求閱覽或請求製給複製本，而本法人依法得酌收必要成本費用。
  - （二）請求補充或更正，惟依法台端應為適當之釋明。
  - （三）請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除，惟依法本法人因執行業務所必須者，得不依台端請求為之。
- 五、台端得自由選擇是否提供相關個人資料，惟若選擇不提供或提供不完全，本法人將可能無法進行藥事作業人才培育獎助學金申領及人力資源業務必要之審核與處理作業及其他相關事項，恐影響台端於本法人之藥事作業人才培育獎助學金申領各項權益。

※本人已詳閱、知悉上開告知事項，並 ☐ 同意 ☐ 不同意 貴法人得依該告知內容，就本人於本同意書簽定前後所提供之個人資料為蒐集、處理及利用。

立書人：（親簽）  
法定代理人：（親簽）  
（未成年者，由本人簽名及法定代理人簽名）

中 華 民 國 年 月 日

