

馬偕學校財團法人馬偕醫學大學護理學系二年制學士在職專班

留任馬偕紀念醫院服務契約書

馬偕學校財團法人馬偕醫學大學（以下簡稱甲方）及

台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院（以下簡稱乙方）與

護理學系二年制學士在職專班_____學生（以下簡稱丙方）

茲為甲、乙方提供丙方「馬偕學校財團法人馬偕醫學大學大學部學生入學獎學金辦法」服務事宜，丙方同意自甲方畢業後該年度至乙方續為服務(畢業後工作單位須為護理部所屬單位或職稱為專科護理師)，三方秉持誠信原則，同意遵守下列條款：

一、 本契約書係依據甲方「馬偕學校財團法人馬偕醫學大學大學部學生入學獎學金辦法」第二條第三項、第三條第三項第二款、第三款之規範辦理。

二、 甲方同意提供丙方每學期之學雜費補助，作為甲、乙方提供丙方之獎助金，及丙方畢業後續至乙方任職一定期間之補償，補助金額及任職年限如下。

☐就學期間每學期學雜費70%獎助(於甲方畢業後續於乙方工作一年者)。

履約期限：____年__月__日至____年__月__日

☐就學期間每學期學雜費全額獎助(於甲方畢業後續於乙方工作兩年者)。

履約期限：____年__月__日至____年__月__日

丙方若因補修不足學分致需延長畢業年限時，其延長期間甲方不支付本契約之獎助金。

三、 丙方福利及權利

丙方畢業後應即至乙方任職，乙方應按醫院之需要及參酌丙方原任職單位、醫院護理人員分級制度予續為派職支薪，丙方仍享有與醫院其他員工同等之福利及權利。

丙方畢業後至乙方任職，應遵守乙方醫院管理及工作規則之規定。

四、 違約及懲罰性違約金

丙方在學期間，若因故中途休/退學者，則以其實際受甲方支付獎助金全額之違約金，應即時一次全部支付給甲方。

丙方畢業後，應依乙方醫院核准之到職日起算履約年限，除了因兵役、育嬰假或其他法定事由者外，不得以任何理由申請延後，否則視同違約，屆時應以其實際受甲方支付獎助金全額之違約金，即時一次全部支付給甲方。

丙方按本契約到職後，如因可歸責丙方之任何原因離職或遭受免職處分，致任職未滿履約年限者，亦視同違約。於此情形，丙方應依其實際接受甲方支付獎助金全額之違約金，並按未服滿之年限比例，於離職日7個工作天前，一次全部支付給甲方。

丙方於履約起始日起三個月內無法達到乙方服務單位應要求之專業能力，或考核未達標準者，乙方得終止履約期間，丙方需依比例償還實際接受甲方支付之全額獎助金。

丙方如因兵役之因素致無法於畢業後即時到職，其兵役通知報到日於院方核准之到職日之前者，以兵役通知單之影本，辦理展延到職日。已到職者按兵役通知報到日中斷本契約履約年限之履行，俟丙方完成兵役時，應於三日內返回乙方服務，不得以任何理由申請延後續行履行因兵役中斷後尚未履行之履約年限，否則視同違約，屆時應以其實際受甲方支付獎助金全額之違約金，即時一次全部支付給甲方。

五、 丙方畢業後任職乙方期間，仍享有乙方所屬護理人員相同薪資與福利、辦理勞工保險，並按規

定負擔保險費。乙方應依據法規為丙方辦理全民健康保險等相關事宜。

六、多重契約履約次序

丙方若曾與乙方簽訂本合約以外之其他涉及最低服務年限、最低服務義務年限之任何合約時，則丙方前、後約之最低服務年限及最低服務義務年限應「併計相加」，履約順序以簽訂各合約生效日先後決定之，但雙方另有約定履約順序者，依雙方其約定。

丙方如於履約期間內經准予育嬰留職停薪者，自育嬰留職停薪生效日起，中斷履約年限之履行，俟丙方復職時，續行履行因育嬰停薪中斷後尚未履行之履約年限。

七、丙方應於簽約之同時覓妥連帶保證人乙名，負丙方違約之連帶責任。簽訂本契約書前，丙方本人均已參加說明會，且皆同意相關條款之規定絕無異議。

八、本契約規範中有關丙方就學、任職等狀況之通知或要求，甲、乙方應以書面送達下列之處所及人員（以下簡稱「聯絡人」），經送達該聯絡人者，即視為該意思表示已送達他方。聯絡人如有變更，應以書面通知他方。

甲方聯絡人姓名：

職稱： E-mail：

電話：02-2636-0303分機

地址：252005新北市三芝區中正路三段46號

乙方聯絡人姓名：

職稱： E-mail：

電話：02-2543-3535分機

地址：104217台北市中山區中山北路二段92號

九、本契約書自簽署完成之日起生效，至丙方義務履行完畢後終止；就本契約所生之法律關係應依中華民國之法令規範解釋及適用之。如因執行本契約之相關事項發生爭議時，三方應本於誠實信用原則共同協議解決，如因而致涉訟者，甲、乙、丙三方及丙方連帶保證人，均同意以臺灣士林地方法院為第一審管轄法院。

十、本契約書乙式肆份由甲、乙、丙方及丙方連帶保證人各執乙份為憑。

除立契約書人簽署用印及日期外，以下空白

甲 方：馬偕學校財團法人馬偕醫學大學

地 址：252005新北市三芝區中正路三段46號

電 話：02-2636-0303

代表人：校長 ○○○

乙 方：台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院

地 址：104217台北市中山區中山北路二段92號

電話：02-2543-3535

負責人：院長 000

丙方：(學生)

姓名：國民身分證統一字號：

地址：

電話：

丙方連帶保證人：(簽章)國民身分證統一編號：

住所：

聯絡電話：(O) (H) 手機：

與丙方之關係：服務單位及職稱：

中華民國 年 月 日