

公益財団法人川野小児医学奨学財団
平成 29 年度 奨学金給付 【募集要項】

1. 趣 旨

小児医学における将来の担い手の育成・輩出を支援するため、奨学金の給付を行う

2. 応募資格

次の要件をいずれも満たすものとする

- (1) 身体が健康であり、性行および学業が良好である者
- (2) 埼玉県内の高校を卒業し、日本国内の総合大学医学部、又は医科大学で小児医学を志す大学生、および小児医学研究に従事している大学院生
- (3) 学長、副学長、または学部長の推薦を受けている者

3. 助成内容

- (1) 給付金額：月額 6 万円以内において理事会で定める額
- (2) 給付期間：正規の最短修業年限以内
- (3) 給付先：本人名義の銀行口座
- (4) 給付時期：毎月 10 日 ※但し、4 月～6 月の 3 ヶ月分の初回給付のみ 6 月下旬を予定

4. 応募方法

奨学金の給付を受けようとする者は身元保証人をたて、次の書類をすべて大学経由で当財団に 1 部送付すること

【指定フォーマットをホームページよりダウンロード】

- (1) 奨学生願書
- (2) 大学の学長、副学長又は、学部長の推薦書
- (3) 履歴書 ※4cm×3cm の証明写真を貼付（裏面に大学名・氏名を記載）
- (4) 身上調書

【指定フォーマットなし】

- (5) 健康診断書 ※身長・体重・視力・血圧・胸部 X 線・問診等、一般的な内容のもの
- (6) 在学証明書および学業成績証明書 ※大学 1 年生の場合、学業成績証明書は高校在学時のもの
- (7) 住民票 ※世帯全部、世帯主及び続柄、本籍を記載、マイナンバー記載不要

5. 応募先

〒350-1123 埼玉県川越市脇田本町 1-5
公益財団法人 川野小児医学奨学財団 事務局 宛

6. 応募受付期間

平成 29 年 1 月頃～4 月 28 日（当日消印有効）

7. 個人情報の取扱

別紙「個人情報の取扱に関する同意条項」に同意した上で、応募すること

8. 選考方法

選考委員会において選考し、理事会で正式に決定する

9. 採否の通知

5 月の理事会後に、応募者宛てに採否を通知する ※不採用の場合のみ書類は返却する

10. 給付者の報告等の義務

給付期間中、成績証明書等、当財団が指定した書類を期限までに提出すること

11. 問い合わせ先

公益財団法人 川野小児医学奨学財団 事務局
電 話： 049-247-1717（平日 9 時～16 時） / e-mail: info@kawanozaidan.or.jp

個人情報の取扱いに関する同意条項

第1条 個人情報の収集・保有・利用・提供について

応募者は、自己の個人情報の取扱いに関し、次の各項に定める内容に同意するものとします。

1. 当財団は、次の号に定める応募者の個人情報を必要な保護措置を講じた上で収集、保有、利用します。
 - ① 応募者の氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、メールアドレス、学歴、健康情報、および家族の氏名、生年月日、性別、住所、電話番号等、応募のために当財団に提供した事項
2. 当財団は、応募者および奨学金給付者の個人情報を次の各号を目的として利用します。
 - ① 奨学金の応募者の審査に関わる業務
 - ② 奨学金給付者決定後の手続きや管理に関する業務
 - ③ 当財団パンフレット、ホームページ、広報誌、事業報告書等への奨学金給付者の氏名、出身高校、在籍大学、コメント等の掲示
3. 当財団は、個人情報について、次の各号の場合を除き第三者に開示しないものとします。
 - ① 同条第2項記載の利用目的のために当財団が指定する委託先に対して開示が必要な場合。この場合、当財団が個人情報の保護措置を講じた上で開示いたします。
 - ② 個人情報の保護に関する法律に基づく場合
4. ご提出頂いた応募書類は、給付が決定しなかった場合には返却致します。給付決定者の応募書類は、必要な作業が終了した時点で適切な方法により破棄処分いたします。このため、奨学金給付者の提出書類は返却いたしかねます。

第2条 保有個人データの開示・訂正・利用停止等

1. 応募者は、個人情報の保護に関する法律に定めるところにより、当財団が保有する自己に関する個人データに関し、開示、訂正・追加・削除（以下「訂正等」という）または利用停止・消去・第三者提供の停止等（以下「利用停止等」という）するよう請求することができます。
2. 同条第1項の定めにも関わらず、法令に基づき個人データの訂正等もしくは利用停止等が不必要な場合、または訂正等または利用停止等すべき個人データが特定することができない場合、当財団は応募者による訂正等または利用停止等請求に応じられないことがあります。

第3条 同意条項の変更

当財団は、法令に定める手続きおよび範囲で予告なく本同意条項の変更、改定または廃止（以下「変更等」という）を行う場合があります。なお、本同意条項の変更等は、ホームページにてお知らせし、その掲載をもって効力が生じるものとします。

第4条 個人情報に関するお問い合わせ先

公益財団法人 川野小児医学奨学財団 事務局

TEL : 049-247-1717

E-mail : info@kawanozaidan.or.jp

奨学生願書

平成 年 月 日

公益財団法人 川野小児医学奨学財団

理事長 川野 幸夫 殿

ふりがな
本人 氏名 ⑩
生年月日平成 年 月 日
年 齢 歳

身元保証人 住 所 〒

ふりがな
氏名 ⑩
続 柄
電 話

この度、貴財団の奨学金の給付を受けたいので、必要書類を添付のうえ申請いたします。

在学大学名		大学		学部		学科
在学大学院名		大学院		博士課程		専攻
研究テーマ (院生のみ)						
所在地	〒 -					
修業年限	大学	最短		年	現在の在学年次	学年
	大学院	最短		年	現在の在学年次	学年
希望給付期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ※正規の最短修業年限までとする。					
通学中の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 下宿 <input type="checkbox"/> 学寮 <input type="checkbox"/> その他(親戚宅・知人宅・住込み)					
通学方法	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他(
奨学金 希望理由						

履 歴 書

ふりがな 氏 名		筆頭者 氏名		続柄	
生年月日	平成	年	月	日生	本籍
現住所				都・道・府・県	
電話番号					
本人	〒				
筆頭者	〒				
学 歴					証明写真
平成	年	月			4cm×3cm 裏面に大学名・氏名記載 3ヶ月以内のもの 半身・無帽・正面
			中学校卒業		
平成	年	月			
平成	年	月			
平成	年	月			
平成	年	月			
平成	年	月			
平成	年	月			
平成	年	月			
平成	年	月			
医学を 志望した 動機					
信 条					
賞 罰					
他機関の奨学金 給付・貸与有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (機関名:)				
その他					
以上の通り記載事項に相違ありません。					
平成 年 月 日					
公益財団法人 川野小児医学奨学財団 理事長 川野 幸夫 殿					
本人署名					㊟

身 上 調 書

本人氏名

㊞

■家族情報 ※1.家計支持者は、続柄欄に「○」印を付けること 2.一親等は必ず記載。二親等は、同居の場合のみ記載。				
続柄	ふりがな 氏 名	生年月日	現住所	勤務先・学校名(学年)
本人		昭平 年 月 日	〒	
父		昭平 年 月 日	〒 (同居・別居・他界)	
母		昭平 年 月 日	〒 (同居・別居・他界)	
		大昭平 年 月 日	〒	
		大昭平 年 月 日	〒	
		大昭平 年 月 日	〒	
		大昭平 年 月 日	〒	
実家住居の区分		<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 借間 <input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> その他()		
家庭の収入額		万円 ※年収、年金、扶助料、家賃収入、地代収入、内職等合計を記載		
■1か月平均の学費および生活費の出所と支出内訳 ※大学院生は、過去の学部課程時及び大学院時の費用も記載				
	出所		支出	
	学部課程時	大学院時	学費および生活費内訳	
家 庭	円	円	食 費	円
アルバイト (職種:)	円	円	住居費	円
その他	円	円	交通費	円
他団体からの奨学金1 (団体名:)	円	円	書籍学用品	円
他団体からの奨学金2 (団体名:)	円	円	その他	円
他団体からの奨学金3 (団体名:)	円	円	合 計	円
他団体からの奨学金4 (団体名:)	円	円	年間 授業料	円
合 計	円	円	授業料以外年間 学校納付額	円
■家族及び生活の状況				
■その他特記事項				