

公益財団法人川野小児医学奨学財団
 令和3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、気質および素行ならびに学業が良好である者 (2) <u>埼玉県または千葉県の県内の高校を卒業し</u> 、日本国内の総合大学医学部、また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 <u>※同一大学からの推薦は2名までとします</u> (4) 「10. 給付者の義務」を果たすことができる者 |
| 3. 給付内容 | (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 ※ただし、4月～7月の4ヶ月分の初回給付のみ7月中旬を予定しています |
| 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 <u>大学経由で当財団に1部郵送してください。なお、指定フォーマット(書式1～3)は、なるべく手書きではなくExcelを使用して作成してください。</u> 【指定フォーマットを当財団ウェブサイトよりダウンロード】 (1) 履歴書(書式1) ※4cm×3cmの証明写真を貼付してください(裏面に大学名・氏名を記載) (2) 身上調書(書式2) (3) 奨学生願書(書式3) (4) 大学の学長、副学長、または学部長の推薦書(書式4) 【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 ※提出が間に合わない場合には、ご連絡ください (6) 在学証明書 (7) 学業成績証明書 ※大学1年生の場合は、高校の最終学年時のもの (8) 住民票 ※世帯全部、世帯主および続柄、本籍を記載、 <u>マイナンバーは記載不要</u> |
| 5. 応募先 | 〒350-1124 埼玉県川越市新宿町1-10-1 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 | 令和3年2月15日(月)～4月26日(月)(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 | <p><u>今回より面接も行いますので、面接日程の確認を必ずお願いいたします。</u></p> <p>ステップ1：書類審査 ▼</p> <p>ステップ2：書類審査合格者のみ面接 面接日程：<u>令和3年6月1日(火)・2日(水)のいずれか</u> 面接形式：オンライン ▼</p> <p>ステップ3：選考委員会および理事会で正式に決定</p> |
| 9. 採否の通知 | <p>理事会後に、応募者宛てに採否を通知する ※通知は6月末～7月初旬を予定しています ※不採用の場合のみ、書類は返却します</p> |
| 10. 給付者の義務 | <p>(1) 給付期間中、成績証明書、活動報告書等、当財団が指定した書類を期限までに提出すること</p> <p>(2) 奨学生証書授与式に出席すること <u>＜奨学生証書授与式予定日＞ 令和3年9月11日(土) 都内会場</u> ※交通費を支給します ※応募者は予定の確保をお願いします</p> <p>(3) 給付期間終了後は、当財団が設立する同窓会に自動加入し、連絡先等を当財団事務局へ報告すること ※同窓会加入にあたり、入会費・年会費等のご負担はございません</p> |
| 11. 問い合わせ先 | <p>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 10時～16時) E-mail: info@kawanozaidan.or.jp</p> |

個人情報の取扱に関する同意条項

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. 同条第1項に記載のご提出頂いた個人情報のデータ（以下「個人データ」という）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。

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 本同意条項の変更

当財団は、必要があると認めるときは、応募者への事前の通知を行うことなく、本条項を変更することができるものとします。応募者は、応募の都度、本条項を確認することとし、本条項の変更後に申請した場合は、変更後の条項に同意したものとみなします。

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

履歴書

書式 1

公益財団法人 川野小児医学奨学財団

記入日

理事長 川野 幸夫 殿

2021年 月 日

顔写真

4cmX3cm
裏面に大学名・
氏名記載
3ヶ月以内のもの
半身・無帽・正面

| | | | | | | | | |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------------|----|----------|---|--------------------------|----|
| 氏名 | ふりがな | | | | 生年月日(西暦) | | | 年齢 |
| | 漢字 | Ⓜ | | | 年 | 月 | 日 | |
| 現住所 | | | | | | | | |
| 住居区分 | 本籍地 (都道府県・市町村名まで) | | | | | | | |
| 連絡先 | 携帯電話 | ()-()-() | (注)携帯電話がない場合は自宅の電話番号を記入すること | | | | | |
| | E-Mail | @ | | | | | (注)E-mailは添付ファイルが受信可能なもの | |
| 学校名 | 大学 | 学部 | | 学科 | | 年 | | |
| | 大学大学院 | 科 | | 課程 | | 年 | | |
| 研究テーマ (院生のみ) | | | | | | | | |
| 学校住所 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|------|-------------|--------------|--|----------|---|---|----|
| 身元保証人 | ふりがな | | | | 生年月日(西暦) | | | 年齢 |
| | 漢字 | Ⓜ | | | 年 | 月 | 日 | |
| | 住所 | | | | | | | |
| | 続柄 | 職業 | 勤務先 | | | | | |
| | 自宅電話 | ()-()-() | (注)携帯電話番号でも可 | | | | | |

本人履歴について

| 西暦年 | 月 | 学歴・免許・技能等 |
|-----|---|-----------|
| | | 中学校卒業 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|-----|--|
| 賞 罰 | |
| その他 | |

身上調書

書式 2

氏名

家族情報について

記入対象: 父母・兄弟姉妹および同居する祖父母
* 家計支持者は続柄欄に「○」印を付ける。* 経済的に独立している兄弟姉妹については年収の記入は不要。

| 続柄 | ふりがな 氏名 | 年齢 | 同居等 区分 | 住所 (都道府県・市区町村名まで) | 勤務先 学校名(学年) | 年収 (年金含む) | 万円 |
|----|------------|----|-----------|----------------------|----------------|--------------|----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

実家住居の区分 持家 借家 借間 社宅 その他()

家庭の収入(年額) 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

本人の生計状況について(受給開始予定年度の年額を記入すること)

* 前年度の収支を参考にして記入すること * 大学院生は、過去の学部課程時及び大学院時の収入も記入すること (単位:円)

| 出所 | 収入の部 | | 支出の部 | |
|--|-------|------|----------------------------------|--|
| | 学部課程時 | 大学院時 | 学費および生活費の内訳 | |
| 家庭から | | | 住居費 | |
| アルバイト収入 種類: | | | 通学交通費 | |
| その他の収入 内容: | | | 書籍学用品 | |
| 他団体からの奨学金 1 団体名: 種類: <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 貸与 | | | 食費 | |
| 他団体からの奨学金 2 団体名: 種類: <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 貸与 | | | 趣味・教養費 | |
| 他団体からの奨学金 3 団体名: 種類: <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 貸与 | | | 大学納入金 * 入学金(1年次のみ)/授業料/施設費等全て | |
| 他団体からの奨学金 4 団体名: 種類: <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 貸与 | | | その他 | |
| 収入合計(円) | | | 支出合計(円) | |

家族及び生活の状況

その他特記事項

奨学生願書

書式 3

氏名

希望給付期間： 西暦 年 月 ~ 西暦 年 月まで
※正規の最短修業年限までとする。

奨学金希望理由

医学を志望した動機

信条

以上の通り記載事項に相違ありません。

西暦 2021 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

印

推薦書

書式 4

記入日: 2021 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

学校名

代表者

住 所

連絡先

部署名:

ご担当者:

電話番号:

貴財団の奨学生として本学 _____ 在学中の _____ を
推薦いたします。

【推薦理由】

以 上