

公益財団法人川野小児医学奨学財団
2024（令和6）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	<p>次の要件をいずれも満たすものとする</p> <p>(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</p> <p>(2) <u>埼玉県または千葉県の県内の高校を卒業</u>し、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</p> <p>(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></p> <p>(4) 「9. 給付者の義務」を果たすことができる者</p>
3. 給付内容	<p>(1) 給付金額：月額7万円以内において理事会で定める額</p> <p>(2) 給付期間：正規の最短修業年限以内</p> <p>(3) 給付先：本人名義の銀行口座</p> <p>(4) 給付時期：毎月10日</p> <p>※ただし、4月～8月の5ヶ月分の初回給付のみ8月中旬を予定しています</p>
4. 応募方法	<p>奨学金の給付を受けようとする者は身元保証人をたて、下記の書類を<u>大学経由で「奨学金給付申請フォーム」（以下、申請フォーム）よりアップロードしてください。ご本人からのアップロードは認められません。申請フォームは当財団ウェブサイトよりアクセスできます。なお、指定フォーマットのうち書式(1)～(3)は、手書きではなくExcelで作成してください。</u></p> <p>※注：◆アップロードする書類はPDF形式にしてください。 ◆申請フォームから申請後、申請内容の修正を希望する場合等は、事務局までご連絡ください。 ◆申請フォームから一度に2名の学生を申請することはできません。お手数ですが、1名ずつのご入力をお願いいたします。</p> <p>【指定フォーマット・当財団ウェブサイトよりダウンロード】</p> <p>(1) 履歴書（書式1） ※4cm×3cmの証明写真を貼付ください</p> <p>(2) 身上調書（書式2）</p> <p>(3) 奨学生願書（書式3） ※本人の署名（自署）が必要です</p> <p>(4) 大学の学長、副学長、または学部長の推薦書（書式4）</p> <p>【指定フォーマットなし】</p> <p>(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 ※3か月以内のものが好ましいが、学校で受診した場合は概ね1年以内のもの ※提出が間に合わない場合には、ご連絡ください</p> <p>(6) 在学証明書</p> <p>(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</p> <p>(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></p>

5. 応募受付期間	2024年2月1日(木)～5月21日(火) 23:59まで
6. 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
7. 選考方法	<p><u>面接選考を行いますので、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>6月20日(木)・21日(金)のいずれか</u> 面接形式：オンライン (Zoom) ▼</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>
8. 採否の通知	<p>(1) 書類選考結果：6月中旬 ※合格者にはメールいたします</p> <p>(2) 最終採否通知：7月下旬</p>
9. 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> 9月7日(土)ヤオコー本社(埼玉県川越市)</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) 奨学生・OBOG向け会員サイト「奨学生ポータル」に登録すること また、給付期間終了後も継続して登録すること ただし、やむを得ない事情がある場合には、上記の限りではない</p> <p>(4) 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>
10. 研修プログラム	<p>奨学生は当財団の実施する研修会等に参加することができる</p> <p>2024年度以降は以下を予定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション研修：9月7日 ※証書授与式と同日開催・参加必須 ・キャリアセミナー：9月末 ・メンタルヘルス研修：3月 ・事務局担当者とWeb面談：年に1回
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</p> <p>電話：049-247-1717 (平日 10時～16時)</p> <p>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

奨学金給付応募者および申請フォーム利用者は、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、次の号に定める奨学金給付応募者および申請フォーム利用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 奨学金給付応募者の氏名、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 奨学金給付申請フォーム利用者の氏名、電話番号、メールアドレス等、応募手続きのために当財団に提供した事項
2. 当財団は、奨学金給付応募者および申請フォーム利用者の個人情報を次の各号を目的として利用します。
 - ① 奨学金給付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します。

第2条 保有個人データの開示・訂正・利用停止等

1. 奨学金給付応募者および申請フォーム利用者は、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、当財団は奨学金給付応募者または申請フォーム利用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、奨学金給付応募者および申請フォーム利用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。奨学金給付応募者および申請フォーム利用者は、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