馬場医療・福祉奨学金

|  |
| --- |
|  **2021年度　募集要項** |

**募集期間　2021年7月1日～2021年8月31日**

**1　奨学金の趣旨**

一般社団法人協力隊を育てる会（以下協力隊を育てる会）は、故馬場壽美様の遺言執行による寄付金を、医療従事者(眼科医)であった故人の経験を考慮し、青年海外協力隊および日系社会青年ボランティア(以下帰国隊員等という)で2年の任期を満了して帰国し、帰国後に医療・福祉分野で修学する方を対象に、経済的支援を行います。

なお、故人のご遺志をより多くの帰国隊員等に支援するため、同奨学金は返済を義務付けます。

**2　支援の対象**

帰国隊員等のうち将来、医療・福祉分野への就業を目指し、関係教育機関で修学する方の入学金および授業料の一部または全部を対象とします。

**3　応募資格**

1. 青年海外協力隊、日系社会青年ボランティアで任期を満了した者（特別任期短縮も含む）。

ただし、短期（1年未満）派遣経験のみの者、現職参加された者を除く。

1. 2021年4月1日現在で帰国後5年以内の方
2. 当制度による奨学金を過去に受けたことのない方

**4　支援対象期間**

2021年4月1日から2022年3月31日までの１年間。

**5　貸与金額**

1. 教育機関の入学金及び１年間（2021年4月～2022年3月）の授業料の合計を奨学金の対象とし、１人１回限り50万円を上限とします。
2. 貸与金額は審査委員会によって決定します。

**6　返済**

1. 奨学金は無利子とし、返済期間は卒業（修了）の翌月から5年以内とします。
2. 申請者が返済計画書を作成し、協力隊を育てる会の承認後、同計画書に従い指定の金融機関等へ振込みます。一括または繰り上げ返済も可能とします。

**7　選考**

審査委員による審査委員会を開催し書類審査等により決定します。

**8　発表と送金**

1. 2021年10月下旬に全申請者に対し、選考結果を直接通知します。
2. 内定者には受諾の意志を確認した上で、本人の指定口座に奨学金を振込みます。
3. 受給対象者は、協力隊を育てる会ニュース、当会HP 等にて氏名、進学先等を公表しますのでご了承ください。

**9　応募方法**

提出書類を全て添えて2021年8月31日（消印有効）で、協力隊を育てる会に送付してください。

**10　提出書類**

書類及び記載内容に虚偽や不備がある場合は、選考の対象外となります。

1. 申請書（所定用紙）
2. 推薦書（所定用紙）

推薦者は、進学する学校関係者や本人をよく知るJICA関係者または、推薦者として適する方（役職者等）なお、英文の場合は翻訳を添付すること

1. 返済計画書（所定用紙に記入してください）
2. 馬場医療・福祉奨学金　申請者の個人情報の取扱いについて　同意書（所定用紙に直筆で署名）
3. 当該教育機関の授業料等の領収書（コピー可）

授業料が半期ごとに分割されている場合、前期分のみで申請額を超える場合は前期分のみを添付。半期分では申請額を超えない場合は、後期分も必要になりますが未納の場合は、その旨が分かる書類（教育機関が発行している学校案内や請求書等）を添付し、支払い後、領収書を送付してください。

**11　報告の義務**

1. 当該教育機関を卒業（または修了）時に報告書を提出してください。
2. 進級、進路決定時、資格取得時にはその都度、報告をしてください。
3. 中退する場合は事前にご連絡ください。

**12　その他**

1. 奨学金支給年度内に退学した場合、または虚偽の申告があった場合は、奨学金の返納を求めることがあります。
2. 奨学金受給に関連する博士・修士論文や卒業レポートなどの主要な論文は、 公開を原則として写しを提出してください。
3. 申請書の内容確認や書類への捺印が必要になりますので、海外からの応募や申請後の海外渡航予定がある方は、Eメールアドレス及び国内連絡先を、別紙にて必ずご連絡ください。
どうしても連絡がとれない場合は、辞退扱いとさせていただくことがあります。

**13　問い合わせおよび申請書類送付先**

　　一般社団法人　協力隊を育てる会　「馬場医療・福祉奨学金」担当

　　　　　 〒101-0052　東京都千代田区神田小川町3-28-7　昇龍館ビル2F

TEL:03-5244-5093　FAX:03-5244-5095　 E-mail：shien@sojocv.or.jp

**2021年度　馬場医療・福祉奨学金　申請書　　　　　　　−1/2−**

　　年　　月　　日

**一般社団法人　協力隊を育てる会　会長　殿**

貴会の「馬場医療・福祉奨学金」による支援を受けることを希望し、貴会の個人情報の取り扱いに同意の上、必要書類を添えて申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏　名　　　　　印 | 　 | 　（派遣中時と氏名が異なる場合）　　 | 写真4cm×3cm |
| 生年月日　　　　　年　　月　　日　（満　　　歳）　　　女性　・　男性 |
| 現住所　〒 ※国外の場合国内連絡先も記載 |
|  |
| TEL  | FAX |  携帯電話 |
| E-mail | 携帯電話E-mail |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □青年海外協力隊□日系社会青年ボランティア | 派遣国 | 隊次 | 職種 | 派遣期間（西暦） |
|  |  |  |  年　　月 ～　　　年　　月まで |

◆**教育機関**

|  |  |
| --- | --- |
| 種類 | □大学院　　□大学　　□専門学校　　□その他（　　　 　　　　 　） |
| 教育機関名(学部･学年も記入)※海外の場合は日本語表記も記載 |  |
| 入学または編入日 |  西暦　　　年　　　月　　　日 | 卒業または修了予定日 |  　　　　年　　　月 |
| 所在地 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 申請額 | 　申　請　額　　　　　　円（上限50万円） |

◆**年間の経費見込み**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 収入項目 | 金額（万円） | 支出項目 | 金額（万円） |
|  |  | 入学金 |  |
|  |  | 授業料（１年分） |  |
|  |  | 施設費・寄附金等 |  |
|  |  |  |  |
| 馬場医療・福祉奨学金 |  |  |  |
| 合　計 |  | 合　計 |  |

◆**学歴（高校以降）**

|  |  |
| --- | --- |
| 期間（西暦） | 学　　歴 |
| 年　 月 |  |
| 年　 月 |  |
| 年　 月 |  |
| 年　 月 |  |
| 年　 月 |  |

**−2/2−**

◆**職歴（青年海外協力隊・日系社会青年ボランティア派遣も記入）**

|  |  |
| --- | --- |
| 期間（西暦） | 職歴（内容をできるだけ詳しく記入してください） |
| 　 年 　月～　　年　　月 |  |
| 　 年 　月～　　年　　月 |  |
| 　 年 　月～　　年　　月 |  |
| 　 年 　月～　　年　　月 |  |
| 　 年 　月～　　年　　月 |  |

◆**修学理由および修学後の進路計画**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**馬場医療・福祉奨学金　推薦書**

年　　月　　日

一般社団法人協力隊を育てる会　会長　殿

|  |
| --- |
| 勤務先 |
| 役職 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 志願者との関係 |

馬場医療・福祉奨学金申請について、　　　　　　　　　　　氏を以下のように推薦します。

**奨学金返済計画書**

一般社団法人協力隊を育てる会を甲、借り主　　　　　　　　を乙として、 馬場医療・福祉奨学金規程（以下、規程とよぶ）に従い次のとおり奨学金返済計画を合意確定した。

1. 乙は甲から受けた奨学金の返済を以下のように実行する。

奨学金合計金額　　　　　　　　　　　　　円

返済期間　　年　　月　　日～ 年　　月　　日

毎月　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

1. 一括返済等が発生した場合はすべて規程による。

　　年　　月　　日

甲　東京都千代田区市神田小川町3-28-7

昇龍館ビル2階

貸主　一般社団法人協力隊を育てる会

会長　山本　保博

乙　住所

借主　　　　　　　　　　　　印

＜提出用＞

一般社団法人 協力隊を育てる会

馬場医療・福祉奨学金　申請者の個人情報の取扱いについて

1. いただいた個人情報は、馬場医療・福祉奨学金制度の受付をするために使用するとともに、当会が実施する事業の紹介、報告会や交流会などの催しのご案内、青年海外協力隊に関する情報をお送りするために利用させていただきます。
2. 必要書類には、必ず全ての項目にご記入ください。ご記入いただけなかった場合は、申請を受け付けられないことがあります。
3. 選考を行う際に、選考委員会にいただいた個人情報を提供する他、案内発送のために当会と機密保持契約を結んだ発送業者に委託いたします。それ以外の第三者に提供及び委託することはありません。
4. ご本人、またはその代理人からの個人情報の利用目的の通知、開示・訂正・追加・削除、利用停止・消去及び第三者提供の停止のお申出があった時は、速やかに対応いたします。お申出の際には、下記の＜個人情報保護に関する問い合わせ先＞までご連絡ください。

　　 個人情報保護に関する問い合わせ先

一般社団法人協力隊を育てる会　個人情報保護管理者　事務局長

総務部　個人情報相談窓口

　　〒101-0052　東京都千代田区神田小川町3-28-7　昇龍館ビル2F

　　　 TEL:03-5244-5093　FAX:03-5244-5095

Eメール：somu@sojocv.or.jp

同意書

上記の個人情報の取扱いについて、同意する方はチェック願います。

* 同意する　　　　□同意しない

 氏　名（直筆）

＜応募者控え用＞

一般社団法人 協力隊を育てる会

馬場医療・福祉奨学金　申請者の個人情報の取扱いについて

1. いただいた個人情報は、馬場医療・福祉奨学金制度の受付をするために使用するとともに、当会が実施する事業の紹介、報告会や交流会などの催しのご案内、青年海外協力隊に関する情報をお送りするために利用させていただきます。
2. 必要書類には、必ず全ての項目にご記入ください。ご記入いただけなかった場合は、申請を受け付けられないことがあります。
3. 選考を行う際に、選考委員会にいただいた個人情報を提供する他、案内発送のために当会と機密保持契約を結んだ発送業者に委託いたします。それ以外の第三者に提供及び委託することはありません。
4. ご本人、またはその代理人からの個人情報の利用目的の通知、開示・訂正・追加・削除、利用停止・消去及び第三者提供の停止のお申出があった時は、速やかに対応いたします。お申出の際には、下記の＜個人情報保護に関する問い合わせ先＞までご連絡ください。

　　個人情報保護に関する問い合わせ先

一般社団法人協力隊を育てる会　個人情報保護管理者　事務局長

総務部　個人情報相談窓口

　　〒101-0052　東京都千代田区神田小川町3-28-7　昇龍館ビル2F

　　TEL:03-5244-5093　FAX:03-5244-5095

Eメール：somu@sojocv.or.jp