

平成 25 年度 助成応募要領

当財団の目的

当財団は、大塚製薬工場の元代表取締役会長、故大塚芳満氏の妻道子氏が、製薬業関連分野、県体育協会会長を務めたスポーツ分野で、ふるさとに貢献したいとの故人の遺志に基づいて設立した記念財団です。従いまして、当財団は、徳島県内に在住する、医学、歯学、薬学を専攻する有能な学生、大学院生に対し、奨学援助を行い、もって同医学、歯学、薬学の発展ならびに国民福祉の向上に寄与し、社会有用の人材を育成すること。

また、徳島県内の優秀スポーツ選手に対して援助を行い、スポーツの発展に寄与し、もって青少年の心身の育成に資することを目的とします。

助成の概要

上記目的のもと、当財団では毎年 1 回奨学金助成者を公募し、選考委員会による厳正な審査により選考された医学、歯学、薬学の学生・大学院生には奨学金を、スポーツ選手には奨励金を給付いたします。今回は第 12 回目の助成金の公募となります。

1. 助成対象者について

(1) 医学、歯学、薬学分野

- ① 徳島県内に在住する医学、歯学、薬学分野を専攻する有能な学部学生及び大学院学生で、選考委員会において、上記の当財団の目的達成にかなった社会有用の人材となりうると判断される者
- ② 品行方正・学業・人物ともに優秀で助成による援助を必要とする者
- ③ 最短修学期間の最終年度に該当する者で、指導教授の推薦を得られる者
- ④ 他の奨励金との併給は差し支えありません。

注 外国人留学生については、私費留学生に限ります。

(2) スポーツ分野

- ① 徳島県内の高校に在籍する優秀スポーツ選手で、選考委員会において、スポーツの発展に寄与し、もって青少年の心身の育成に貢献する者になり得ると判断される者
- ② 品行方正・学業・人物ともに優秀で助成による援助を必要とする者
- ③ 他の奨励金との併給は差し支えありません。

2. 助成人数

医学分野……8名程度

歯学分野……4名程度

薬学分野……4名程度(徳大2、文理大2)

スポーツ分野……4名程度

合計20名

3. 助成金額

1人当たり年額で、医学、歯学、薬学分野は、奨学金各50万円

スポーツ分野は、奨励金各30万円

(ただし、秋季修了者は在学期間に応じて支給します。奨学金、奨励金は貸与ではないので、返済は不要です。)

4. 申込期間及び申込方法

(1) 申込期間

平成24年11月中旬～平成25年2月8日(医学分野の締切)

(2) 申込方法

奨学金の給付を希望する方は、当該大学・学部のホームページに掲載している応募要領から所定の助成申請書(様式1号の1)をダウンロードし、必要事項を記載の上、提出に必要な下記書類を取り揃えて、申込締切日までに、所属する大学の奨学金担当係へ提出してください。

スポーツ分野の方については、(様式2号の1)による申請書類ならびに学校長の推薦書を添付し、公益財団法人徳島県体育協会を経て、期間中に当財団事務局まで提出してください。

5. 提出必要書類

□ 学部学生

(1) 助成金申請書 (様式1号の1)

(2) 指導教授の推薦文(様式1号の2)・・・推薦理由、人間像、勉学状況や生活状況の説明)

(3) 成績証明書

(4) 小論文800字程度(様式任意)・・・テーマ:「在学中取り組んできたこと、学問・社会貢献」等

□ 大学院学生

(1) 助成金申請書 (様式1号の1)

(2) 指導教授の推薦文(様式1号の2)・・・推薦理由、人間像、勉学状況や生活状況の説明)

(3) 成績証明書

(4) 教育研究活動等の業績（様式任意）

- ① 学会発表(これまで学会や国内・国際会議等で発表した、研究内容等の発表者(共同研究者名)、研究題目、学会名、年月、開催地等を記載)
- ② 誌上論文発表(これまで、学術雑誌等に掲載された、研究題目名、著者名(共著名)、発表誌、年月)

6. 選考及び発表

(1) 第一次選考

大学学部・大学院は、3月中旬ごろまでに学内で選考委員会を開催し、他の奨学金の受給状況等を考慮の上、候補者を選考し、3月末頃までに財団事務局へ提出してください。

(2) 第二次選考

大学から送られてきた一次選考の該当者及び徳島県体育協会より推薦のあった該当者について、6月上旬開催の大塚財団理事会・評議員会で選考審査を行い助成対象者を選定いたします。

(3) 選考基準

「当財団の目的に即した資質や志を持たれた方で、最も適格であると認められる者」といたします。

(4) 発表

平成25年6月の理事会、評議員会終了後、できるだけ早く、全申込者に助成決定又は選外の旨を大学を通じて本人に通知いたします。また、スポーツ分野で高校在学の方は、公益財団法人徳島県体育協会と高校長に通知いたします。なお、助成決定者には、事務的手続き等を記載した文書をお送りいたします。

7. 助成金の交付・給付期間

助成金は、年2回に分けて、7月(4月～9月分)と10月(10月～3月分)に銀行振込により交付いたします。なお、給付期間は1年間(秋季修了者は半年間)とします。

お問い合わせ・申込先

〒770-0856 徳島市中洲町1丁目58 徳島県薬学会館5階
徳島県製薬協会内
公益財団法人 大塚芳満記念財団 事務局
(電話) (088) 655-0035
(FAX) (088) 655-0040

(様式1号の1)

【 医学、歯学、薬学分野 】

公益財団法人 大塚芳満記念財団助成金給付申請書

平成 年 月 日

公益財団法人 大塚芳満記念財団 御中

標記の助成金の給付を受けたく、下記のとおり申請します。

本人	氏名	印	生年月日	年 月 日 満 才		
	国籍		来日年月	年 月(滞日 年)		
	住所	〒			性別	男 女
	大学 学部 等名	大学 学部・教育部・研究科 年次 卒業・修了予定 年 月	指導 教授 名			
※奨学金を必要とする事情等について記載してください。(他の奨学金を受けている場合は、奨学金の名称と金額を記載してください。)						
学部生の場合は、小論文(800字程度)を添付してください。(様式任意) …テーマ:「在学中取り組んできたこと、学問・社会貢献」等						

(様式1号の2)

指導教授の推薦文

推薦者	大学名	大学	学長名	印
	所属学部 等名		指導教授名	印
	所在地	〒 TEL		
推薦文	※推薦理由をご記入してください。			
	※勉学状況、生活状況、その他特筆することについてご記入してください。			

注1. 大学院生の場合は、「教育研究活動等の業績」として、学会発表(これまで学会や国内・国際会議等で発表した、研究内容等の発表者(共同研究者名)(筆頭発表には○印)を、研究題目、学会名、年月、開催地等を記載)、誌上論文発表(これまで、学術雑誌等に掲載された、研究題目名、著者名(共著名)、発表誌、年月)を記載してください(様式任意)。

注2. 成績証明書、外国人の場合は外国人登録証明書を添付してください。

注3. 申請後記載内容に変更があった場合には、速やかにご連絡ください。