

埼玉医科大学医学部特別奨学金
申請の手引き

学校法人 埼玉医科大学

2023 年度（令和 5 年度）医学部入学者選抜

この貸与事業は、学業優秀な者に対し経済的援助を行うことにより、本学の建学の理念に沿い、将来本学の一員として医学・医療の発展に貢献し活躍できる人材を育成するために設ける貸与型奨学金制度です。卒業後、本学に一定期間勤務することにより奨学金の返還が免除されます。

申請される方は、本奨学金の趣旨を理解し、卒業後の進路や退職等により、返還が生じることのないように熟慮したうえで、「埼玉医科大学医学部特別奨学金申請書」を記入し、他の出願書類とともに郵送してください。

1. 奨学金の貸与資格について

医学部特別奨学金に申請できるのは、次の条件を全て満たす方です。

- (1) 本学に入学を強く希望するもので、2023年度（令和5年度）大学入学共通テスト利用選抜に出願する者
- (2) 卒業後、直ちに本学に勤務し、医学・医療の発展に貢献する意思を有する者
- (3) 高等学校又は中等教育学校等を2022年3月に卒業（修了）した者、若しくは2023年3月に卒業（修了）見込みの者

2. 募集人員

5名以内 [大学入学共通テスト利用選抜]

3. 貸与額・貸与期間

- (1) 貸与額
入学時350万円、2年次以降300万円（総額1,850万円）
- (2) 貸与期間
入学後6年間（ただし、留年、休学及び停学となった場合、その期間は貸与停止）

4. 貸与金の返還免除・返還猶予・返還について

- (1) 返還免除
次の事項に該当する場合は、申請により返還が免除されます。奨学金返還免除申請書を提出してください。
ア 本学において勤務した期間（休職、停職の期間を除く）の合計が、貸与された月数の1.5倍の期間に達した場合
- (2) 返還猶予
次の事項に該当する場合は、申請により返還猶予されます。猶予申請書を提出してください。
ア 医学部を卒業（卒業見込みを含む）した後、最初に実施される医師法に規定する医師国家試験又は次の年度に実施される医師国家試験において合格するまでのいずれかの期間
イ 本学に勤務している期間
ウ 貸与奨学金の返還期間中に疾病、災害その他やむを得ない理由があると認められる期間

返還

次の事項に該当する場合は、返還すべき額の貸与金を一括返還しなければなりません。

- ア 埼玉医科大学を退学したとき
- イ 学業成績が著しく不良となったとき
- ウ 奨学生が貸与を受けるのに相応しくないと認められるとき
- エ 本学に勤務した期間が、貸与された月数の1.5倍の期間に満たない場合

※上記の事由が発生した場合は、返還すべき額に年10パーセントの利息を含めて一括返還する必要があります。

5. 申請方法

大学入学共通テスト利用選抜のネット出願時に、「埼玉医科大学医学部特別奨学金」欄の「申し込む」にチェックし、「埼玉医科大学医学部特別奨学金申請書」を他の出願書類とともに郵送してください。

志望情報入力

個人情報入力

出願内容確認

必要書類確認

完了

志望情報入力

出願する入試の種別を選択のうえ、志望情報を入力して「次へ進む」ボタンを押してください。
出願しない入試制度はメニューを開かず、右端に「+」が表示されるようにしてください。

医学部 大学入学共通テスト利用選抜

志望学部: 医学部 必須

出願する

埼玉医科大学医学部特別奨学金 任意

申し込む

6. 審査方法

大学入学共通テスト利用選抜の成績、面接、調査書などを多面的・総合的に判断して貸与者を決定します。

7. 貸与決定の通知方法

大学入学共通テスト利用選抜の正規合格者に対して、合格通知とともに審査結果をお知らせします。
なお、繰上合格者は本奨学金の対象外です。

8. 貸与契約手続き

入学後に契約書を郵送いたします。契約書には継続・安定した収入が見込まれる連帯保証人の保証が必要となりますので、あらかじめ内諾を得てください。

- ①契約書（様式2）1通
- ②収入印紙（20,000円）
- ③印鑑登録証明書（連帯保証人）1通

9. その他

本奨学金の申請の有無は、大学入学共通テスト利用選抜の合否に影響を与えるものではありません。

本件に関する問い合わせ先

〒350-0495

埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷 38

埼玉医科大学 大学事務部

医学部事務室入試課

電話 049-295-1000

2022. 8. 30 作成

(様式 1)

大学入学共通テスト利用選抜
埼玉医科大学医学部特別奨学金申込者用

埼玉医科大学理事長 殿

2023 年度(令和 5 年度)
埼玉医科大学医学部 特別奨学金申請書

私は、大学入学共通テスト利用選抜に合格し入学した際は、埼玉医科大学医学部特別奨学金の貸与を受け、卒業後は定められた期間、埼玉医科大学に勤務することを理解した上で、埼玉医科大学医学部特別奨学金の申請をいたします。

令和 年 月 日

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ 印

保護者等氏名 _____ 印