

2019 年度

「日系社会次世代育成研修（中学生招へいプログラム）」

募集要項

2019 年 1 月



独立行政法人国際協力機構（J I C A）

2019年度「日系社会次世代育成研修（中学生招へいプログラム）」

募集要項

1. 研修の沿革および目的

本研修は、中南米地域等への移住者の定着・安定のために移住者子孫教育として1987（昭和62）年度に「日本語学校生徒研修」として開始し、2012（平成24）年度からは、名称を「日系社会次世代育成研修」、2015（平成27）年度からは「日系社会次世代育成研修（中学生招へいプログラム）」として実施しています。

本研修では、海外の日本語学校に在籍する成績優秀かつ品行方正で将来の日系社会の発展に貢献するのに十分な素質のある日本語学校生徒が、日本人の海外移住の歴史に関する学習、中学校体験入学、ホームステイ、その他の各種研修を通じて、自分たちのルーツに対する理解と日本に対する理解を深め、さらに自らの日系人としてのアイデンティティの強化を図ることを目的としています。

さらには、本研修が日系社会での日系継承語教育の振興を促し、日系社会の次代を担う人材の育成に寄与することを上位の目標としています。

2. 対象国および受入計画数

対象国：10カ国

受入計画数：49名（+引率者2名）

受入		対象国	人数
第1陣	5カ国13名 (+引率者1)	カナダ	4名
		メキシコ	3名
		ドミニカ共和国	4名
		コロンビア	1名
		ベネズエラ	1名
第2陣	5カ国36名 (+引率者1)	ブラジル	20名
		ペルー	4名
		ボリビア	3名
		パラグアイ	3名
		アルゼンチン	6名

3. 研修期間（予定）：24日間

現地の学校事情に合わせ、上記2.のとおり2グループに分けて実施します。

第1陣：2019年6月17日（月）から7月10日（水）

第2陣：2020年1月14日（火）から2月6日（木）

4. 研修概要 ※プログラムの内容は変更となる可能性があります。

プログラム	内容	研修場所
移住学習	海外移住資料館等の見学 移住に関する講義、ワークショップ 各研修員のルーツを探る	JICA 横浜 史跡、博物館等
体験入学	授業出席 部活動 日本の中学生との交流等	神奈川県内の中学校（予定）
ホームステイ	日本での実生活体験	各ご家庭（県は未定）
研修旅行	日本の文化・社会・科学技術等の理解	未定
その他	プレゼンテーション指導 作文指導 研修報告会	JICA 横浜

5. 宿泊（研修旅行・ホームステイ期間を除く）

第1陣、第2陣共に JICA 横浜を予定しています。

6. 引率者

渡航中や本邦滞在中の研修員の生活指導・健康管理、その他不測の事態への対処のため引率者が同行します。今年度の引率者の割当国は以下のとおりです。

第1陣：ドミニカ共和国から1名

第2陣：ブラジルから1名

引率者の推薦については、JICA 在外事務所の指示に従ってください。

引率者の主な役割は、以下のとおりです。

- (1) 本邦への往路・本邦からの復路における研修員の引率
- (2) 研修員の健康等、生活面に係る指導及び対応
- (3) 研修プログラムの同行及び実施補助
- (4) 引率者最終報告会の実施
- (5) その他、研修において必要な業務

※来日後、引率者へのブリーフィングを実施します。

※引率者については以下2点の条件を満たしている方を希望します。

(1) 教師歴について

日本語学校での勤務歴が2年以上で、研修員と同年代を対象としたクラスを担当している方。（または担当したことがある方。）

→ 職務経験が2年に満たない先生や、2年以上であっても幼児クラスや小学校低学

年クラスしか担当したことがない先生の場合、研修中の研修員指導がうまくいかない場合があります。

(2) 日本語能力について：

1 世の先生でない場合には、少なくとも日本語能力試験 N2 程度以上の日本語能力を有する方。

→ 1 陣についてはカナダ、2 陣についてはスペイン語圏の国々から参加者が来日しますので、先生の日本語能力が N2 級程度に満たない場合、当該国々からの研修員とのコミュニケーション及び研修員への指導に大きな支障をきたします。

7. 研修員の応募資格要件

応募者は、次の要件をすべて満たしていなければなりません。

(1) 海外移住者及び概ね日系 3 世までの海外移住者の子孫（※）であること。

※日本人移住者の血統を引く者を指します。

※本事業対象国に定住していること（主たる生活基盤があること）。

(2) 海外の日系団体が運営する日本語学校に在籍し、成績優秀、品行方正かつ将来の日系社会の発展に貢献するのに十分な素質があると認められること。

(3) **研修参加時点**で、原則、日本の中学生相当（12 歳以上、15 歳以下）であること。

(4) 親権者の同意が得られること。

※共同親権が法制化されている国においては、全親権者の同意が得られること。

(5) 心身ともに健康で、本邦での集団生活に耐えられること。

(6) 原則、来日から帰国まで JICA 指定の全日程に参加できること。

8. 応募書類

【研修員】

(1) JICA が指定する以下の様式を使用して応募してください。

ア. 日本語学校責任者推薦書

（様式第 2 号）

イ. 身上書

（様式第 3 号）

氏名：この書類に書かれた氏名の表記（漢字・ひらがな・カタカナの区別も含みます）にしたがって、**査証申請に必要な合格通知書**を在外事務所にて発行します。**読みやすい字**で記入してください。

氏名アルファベット：

この氏名により、航空券の予約の確認等を行います。**読みやすい字**で、**渡航の際に使用する旅券に書かれているとおりに**記入してください。**スペル、名字と名前の順番、ミドルネームの有無に注意**して記入してくだ

さい。

国籍：来日に使用する旅券の国籍を記入してください。二重国籍の場合でも、今回の来日に使用する方の旅券の国籍だけ記入してください。さらに、日本以外の旅券を使用する場合は、日本国籍の有無についても記載してください。

ウ. 写真 2 枚

最近 6 ヶ月以内に撮影したもの。

(縦 4cm×横 3cm、上半身、正面、脱帽、裏面に氏名・国名を記入)

※1 枚は身上書に貼付してください。

エ. 親権者の誓約・同意書

(様式第 4 号)

※共同親権が法制化されている国では、全親権者のものが必要となります。

オ. 健康診断書

(様式第 5-A 号：和文、または第 5-B 号：英文)

和文、英文のどちらか一つを提出してください。

※全ての項目を受診し、記入されているかどうか確認をしてください。未受診項目や記入漏れがある場合は受け付けられません。(既往症、レントゲン写真番号、服用中の薬など、特に留意してください。)

※アレルギー等の持病や日常的に摂取している薬等がある場合は必ず申告してください。

※記入事項に虚偽のものと判明した場合には、研修に参加できなくなる可能性があります。

(2) 日本語作文

400 字詰め原稿用紙 3 枚以内(1000 字程度)。課題は JICA 在外事務所が指定します。応募者本人が直筆したものを提出してください。

JICA ペルー事務所指定課題：

「わたしがこの研修に参加したい理由、どう活かしたいのか」

「ぼくがこの研修に参加したい理由、どう活かしたいのか」

(3) 来日に使う旅券の写し

応募時点で旅券を所有している場合、査証や出入国記録が残されている全てのページを提出してください。

【引率者】

引率者についても所定の様式があります。

(1) JICA 指定様式

ア. 推薦書（引率者用） （様式第 6 号）

イ. 身上書（引率者用） （様式第 7 号-1、第 7 号-2）

※様式第 7 号-1 については、上記（1）のイ.の説明文を参照してください。

※様式第 7 号-2 については、様式に記載されているテーマについて執筆してください。

ウ. 誓約書（引率者用） （様式第 8 号）

エ. 健康診断書 （様式第 5-A 号：和文、または第 5-B 号：英文）

※健康診断書の様式については、研修員の応募書類と共通です。（上記（1）のオ. をご確認ください。）

(2) 来日に使う旅券の写し

応募時点で旅券を所有している場合、**査証や出入国記録が残されている全てのページをご提出ください。**

9. 募集期間

JICA 在外事務所への応募書類提出締切日は各在外事務所により決定されるため、各在外事務所の指示に従ってください。

JICA ペルー事務所応募書類締切：2019 年 7 月 5 日（金）JICA ペルー事務所必着

応募の時点で旅券を持っていない応募者は、ただちに旅券取得の手続きを開始してください。外務省へ査証の手続きを依頼する際に、必ず、旅券に記載される正しい氏名の情報が必要になります。また、合格通知を受けてから旅券の手続きを始めると、来日に必要な査証取得が間に合わない可能性があります。査証取得が間に合わない場合には、研修への参加ができなくなることがあります。

※ただし、合否に関わらず、**旅券取得経費について JICA は負担しません。**

10. 所要経費の支給

JICA は規程に基づいて次の経費を負担します。

(1) 指定する経路の往復航空運賃（航空券の現物支給とし現金の支給は行いません。航

空券取得に必要な税金等、国際航空施設使用料も JICA が負担します。)

- (2) 本邦国際空港と宿泊施設間の移動に係る経費
- (3) 本邦滞在中及び乗継のための第三国滞在中生活費（食費）
- (4) 宿泊施設の利用料金
- (5) 海外旅行保険（往路・研修期間・帰路に係る期間）

※原則として、居住国の国際空港を出発した時から帰国した日の国際空港到着時点までが保険対象期間です。

※本邦滞在中は、技術研修/日系研修の研修員と同様、メディカルカードを作成します。研修中の傷病については、研修スタッフが同行してメディカルカードが使える病院に行きますので、研修員に診療費の支払が生じることはありません。なお、**既往歴や歯の治療は対象外**です。

- (6) 所外研修、中学校体験入学、ホームステイ、研修旅行に係る JICA 横浜と訪問先の間の往復旅費
- (7) 研修先に対する研修経費
- (8) 支度料および雑費（引率者のみ一般の技術研修員に準じて支給されます。）

11. 研修報告

研修員は研修終了時に本研修についての感想文を提出します。提出された感想文は製本の上、帰国前に研修員本人に手交します。（なお本感想文集は体験入学受入中学校などの研修先や JICA 在外事務所にも配布します。）

12. 研修員の資格取消

研修員が次の事項に該当する場合、JICA はその資格を取り消すことがあります。この場合、(6) および (8) の事項を除き帰国に必要な経費は研修員の自己負担とします。

- (1) JICA の規則、指示および決定に従わなかったとき
- (2) 研修先の規則に違反した場合
- (3) 日本国の法令に違反した場合
- (4) 本人の故意、重大な過失または怠慢等により、研修を継続することが困難と認められるとき
- (5) 本人の都合により研修を中断したとき
- (6) 心身の著しい障害、傷病等のために研修を継続することが困難と認められるとき
- (7) 応募書類の記載事項に虚偽が発見されたとき
- (8) その他 JICA がやむをえないと認める事由があるとき

13. その他留意事項

- (1) 家族の同伴は認められません。原則として、往路・復路とも研修員が集合し、集団で渡航します。
- (2) フライトスケジュールについては JICA 在外事務所が決定の上、合格者に対して連絡します。
- (3) 滞在延長や帰路変更は認められません。研修終了後は JICA が定めるスケジュールで帰国してください。
- (4) 応募者は、事業対象国の国籍を有していること（あるいは日本の国籍を有すること）が望ましいです。
- (5) 合格者は肖像権の承諾書を提出してください。本研修期間中、JICA が契約するカメラマン又は委託先が、広報（各種報告書含む）用として写真及び動画の撮影を行いますので、写真及び動画の使用目的等について確認のうえ、署名してください。

以上

別紙 1 「日系社会次世代育成研修(中学生招へいプログラム)」研修員応募書類様式

- 日本語学校責任者推薦書（様式第 2 号）
- 身上書（様式第 3 号）
- 親権者の誓約・同意書（様式第 4 号）
- 健康診断書（様式第 5-A 号：和文、または第 5-B 号：英文）

別紙 2 「日系社会次世代育成研修（中学生招へいプログラム）」引率者応募書類様式

- 推薦書（引率者用）（様式第 6 号）
- 身上書（引率者用）（様式第 7 号-1、第 7 号-2）
- 誓約書（引率者用）（様式第 8 号）

※様式第 1 号は JICA 在外事務所が作成する書類なので、この募集要項には添付していません。

身 上 書

20 年 月 日現在

写真貼付
5 × 4 cm
裏に氏名を記入

ふりがな			男 ・ 女
氏 名	姓	名	国 籍 <small>（渡航時使用旅券のもの）</small>
氏名アルファベット／旅券記載のとおり			※日本国籍：有／無
生年月日	年 月 日（満 歳）		
アルファベットは旅券（またはIDカード）記載のとおり			
保護者氏名	続 柄		

日本における父母（祖父母）の出身県	が(続柄)から	管轄在外公館名	在 日本国 大使館・総領事館・領事館
在学中の学校名(学年)	(学年)		
現住所(現地語で記入)	Tel:		最寄りの空港 (居住国内路線便使用可)
	州(県)		市/郡
日本語能力	A:よくできる B:かなりできる C:ふつう		
	取得資格：日本語能力試験 級		
得意な学科 趣味、スポーツ			
訪日経験の有無	有 無	有の場合	回 歳頃、 累計 力月程度
親・兄弟・姉妹の本邦研修経験の有無	無有	有の場合	が 年度 研修を受講
日本で体験したいこと：			

家 族 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	職業および勤務先・学校名	同居・別居
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別

上記個人情報は、①選考の判定、②研修受入先に提出する名簿の作成、③応募から研修終了後帰国までの各種連絡、④事業実績の取りまとめ等統計資料の作成に利用します。

誓約・同意書

独立行政法人国際協力機構 理事長 殿

私は、_____の親権者として下記の事項について誓約・同意いたします。

記

1. _____（以下「同人」とする。）が、貴機構日系社会次世代育成研修の研修員に応募すること、合格した後は日本への往復の旅行をして研修に参加すること。
2. 貴機構が同人に対し研修及び研修期間中の生活について必要な指導監督を行うこと。
3. 研修参加中に同人が自らの責に帰する理由によって第三者に損害又は傷害を与えた場合には、親権者の責任においてその解決にあたり、それに要する費用は親権者が負担すること。
4. 研修参加に係る経費として貴機構の規程で定められた経費以外の費用については、すべて自己負担すること。
5. 研修終了後は所定の日程に基づき帰国させること。
6. 往復の渡航期間及び研修期間中に同人に不慮の事故・怪我・病気等があった場合の応急処置、医療行為等については貴機構、及び貴機構指定の医療機関に一任すること。また、予め研修参加に際して付保された海外旅行傷害保険の補償内容を超える経費については自己負担すること。
7. 往復の渡航期間及び研修期間中に不慮の事故・怪我・病気を含む緊急事態が発生した場合の緊急連絡のため、親権者の緊急連絡先情報を貴機構、及び研修関係者（研修業務委託先機関、ホームステイ先家族）へ提供すること。
8. 本誓約・同意書の成立及び効力、並びに貴機構と研修員との間の法律関係は、日本法に従って解釈又は判断なされるものとする。

以上

20 年 月 日

親権者氏名： _____ ⑩（又は署名）

続 柄： _____

現 住 所： _____

健康診断書

受診日：20 年 月 日

氏名	(男・女)		生年月日	年 月 日 歳
住所				
身体計測	身長 () cm	尿検査	糖 ()	
	体重 () kg		蛋白 ()	
感覚器系	視力 右 (.) 左 (.)	血液検査	血液型 () 型	
	色神 異常なし・あり 聴力 異常なし・あり		血沈 1時間値 () mm 2時間値 () mm GOT (AST) () 単位 GPT (ALT) () 単位	
呼吸器系	理学的所見 異常なし・あり 胸部X線直接撮影 肺の異常所見 なし・あり	う 歯	未処置歯 () 本 処置歯 () 本	
	フィルムNo.	アレルギー	なし あり ()	
		既往歴		
循環器系	理学的所見 異常なし・あり (心雑音 なし・あり)	総合所見		
	血圧 (mmHg) (最高) / (最低) 胸部XP心陰影 (上図参照) 異常所見 なし・疑い・あり			

上記のとおり診断します。

20 年 月 日 所 属：

医師氏名：

(署名)

CERTIFICATE OF HEALTH

Name of Applicant (in Roman block capitals) _____

Sex (M · F) Age _____ Date of Birth _____ - _____ - _____

Present Address _____

Height _____ (cm) Weight _____ (kg)

1. SENSE SYSTEM

Eye Sight Right _____ (_____)
 Left _____ (_____)

Color Blindness Normal / Abnormal

Hearing Normal / Abnormal

2. RESPIRATORY SYSTEM

Medical Judgment Normal / Abnormal

Chest X-Ray Examination

Condition of Applicant's Lungs
Normal / Abnormal

Film No. _____

3. CIRCULATORY SYSTEM

Medical Judgment Normal / Abnormal

(Heart Murmur Normal / Abnormal)

Blood Pressure sys. _____ / _____ dia.

Condition of Applicant's Heart

(cf. Above Graph)

Normal / Doubtful / Abnormal

4. URINE TEST

Sugar _____ Protein _____

(please indicate with +, if you find any disease or abnormality, or with -, if not)

5. BLOOD TEST

Blood Type: _____

ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate)

1 hour later: _____ mm

2 hours later: _____ mm

GOT (AST) : _____ unit

GPT (ALT) : _____ unit

6. DECAYED TOOTH

Untreated _____ Treated _____

7. Allergy, if any

() No / () Yes

What is applicant allergic to? ()

8. Previous History

9. Total Judgment for Applicant's Health

Name & Title of Physician _____

Address _____

Date _____ - _____ - 20 _____ Signature _____