

## マニー松谷医療奨学財団

# 4号奨学金奨学生応募書類の作成及び応募手順について

### 1. 用意する書類等

- ① 奨学生願書（[様式 1](#)、指定 Excel ファイルに入力し、A4 用紙に印刷）
- ② 学長の推薦書（[様式 2](#)、指定 Excel ファイルを用いた A4 用紙に印刷、手書き可）
- ③ 課題作文 自己紹介、10 年後の自分（[様式 3](#)、指定 Word ファイルに入力し、A4 用紙各 1 枚計 2 枚に印刷）
- ④ 成績証明書（GPA 記載の有るもの、または GPA 証明書と併せて提出）

### 2. 応募書類の送付

1 の①～④の書類を各大学で一括して封筒に入れ書留にて、公益財団法人マニー松谷医療奨学財団事務局宛に郵送してください。

【送付先】 〒320-0811 栃木県宇都宮市大通り 2-4-6 ホテルニューイタヤ内  
公益財団法人 マニー松谷医療奨学財団 事務局 4号奨学金受付 宛

### 3. 応募者の追加や入力内容の変更がある場合の対応（重要）

応募に当たっては、応募者の追加及び変更が生じないよう十分に確認してください。やむを得ず追加及び変更が生じた場合は、事前に公益財団法人マニー松谷医療奨学財団事務局宛に電話にて連絡をいただいた上で連絡時に指定された方法で、「変更・追加のみ」を送付してください。

※————— 注 意 事 項 —————※

※

1. 当財団ホームページ（<https://www.mmzaidan.jp/>）を確認してください。

様式 1、様式 2、様式 3 の各「指定 Excel ファイル」「指定 Word ファイル」は当財団ホームページの各種応募用紙ダウンロードページからお願いします。

（<https://www.mmzaidan.jp/scholarship-students/appfrom-dl>）

当財団ホームページ上部メニューより「奨学金を希望する方→各種応募用紙ダウンロード」です。

※様式 1、2、3 の入力に不都合があった場合は保護を解除し修正しても構いません。又、様式の不具合修正の要望がある場合は財団お問い合わせフォーム、Email、電話宛にご連絡をください。

※応募の前に当財団ホームページで当財団や奨学金制度について詳しい内容を確認してください。

2. 募集期間

2024 年 10 月 1 日（日） ～ 2024 年 10 月 31 日（火）【財団必着】

3. 不明な点は公益財団法人マニー松谷医療奨学財団へお問い合わせください。

〒320-0811 栃木県宇都宮市大通り 2-4-6 ホテルニューイタヤ内

公益財団法人マニ－松谷医療奨学財団事務局

Tel : 080-3275-7730 (事務局直通) Fax : 028-333-1274

Email : gmc@sec-mail.mmzaidan.jp

## 4号奨学金奨学生願書の入力方法（様式1）

2025年度5年次または6年次進級

公益財団法人 マニー松谷医療奨学財団  
4号奨学金奨学生願書  
栃木県内大学募集 大学奨学金(医師志望)

1. 出願者情報 ※入力必須項目です。  
入力すれば色が消えます。

フリガナ	セイ		メイ					
氏名	姓		名		生年月日西暦	年	月	日
本人住所	〒		-		TEL			
Email								
緊急連絡先 (親族等)	〒		-		TEL			続柄
当財団の奨学金受給の有無(応募時点)								

2. 在籍大学

学校名	選択してください		
応募時の年次	選択	学籍番号	

3. 志望科 (外科、眼科、小児科等)

--	--	--	--

4. 家庭情報

家庭の状況	選択してください		
-------	----------	--	--

以上のとおり記載事項に相違ありません。貴財団の奨学生として採用していただきたくお願いします。

西暦 年 月 日

公益財団法人マニー松谷医療奨学財団

図1 4号奨学金奨学生願書

### 1. 出願者情報

- (1) 氏名・フリガナ (必須)
- (2) 本人住所 (必須)
- (3) 生年月日 西暦で入力してください。 (必須)
- (4) 本人住所・電話番号 (必須)  
電話番号が無ければ「なし」と入力
- (5) 緊急連絡先 (必須)  
本人との連絡が取れなくなった場合の連絡先を入力
- (6) 当財団の奨学金受給の有無  
応募者が応募時点で当財団の奨学金を受給が有るか無いかをドロップダウンから選択  
※当財団奨学金は受給期間を重複して受給することは出来ません。

### 2. 在籍学校

- (1) 学校名 (必須)

ドロップダウンリストから大学学部学科を選択してください。

(2) 応募時の年次 (必須)

ドロップダウンリストから応募時の年次を選択してください。

(3) 学籍番号 (必須)

3. 志望科 (必須)

志望診療科を入力

4. 家庭情報 (必須)

(1) 家庭の状況

家庭の状況をドロップダウンリストから選択：「両親のいる家庭」「母子家庭」「父子家庭」「両親ともに不在の家庭」「配偶者有り子供無し」「配偶者有り子供有り」「配偶者無し子供有り」

選択項目にない場合は入力してください。

5. 西暦 年月日 作成した日時を入力。 (必須)

## 4号奨学金奨学生学長推薦書 入力方法（様式2）

2024年度5年次又は6年次進級

公益財団法人 マニー松谷医療奨学財団 4号奨学生推薦書(大学学長の推薦書) 栃木県内大学募集大学奨学金(医師志望)	
氏名	
生年月日 西暦	年 月 日
大学名	選択してください
学籍番号等	
応募時の年次	
推薦所見 (欄内に収まり、 且つ250文字以 内)	
推薦書作成者 職・氏名	
<p>上記の生徒は、貴会の奨学生として適当と認め、推薦します。 西暦 年 月 日</p> <p>公益財団法人マニー松谷医療奨学財団 代表理事 松谷 貴司 殿</p> <p style="text-align: right;">大学名</p> <p style="text-align: right;">大学学長氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

※必須入力項目です。 \*手書き部分にはスペースを入力してください。

図2 4号奨学金奨学生学校長推薦書

奨学生推薦書は印刷提出です。4号奨学金奨学生学長推薦書ファイルを未入力でも印刷し筆記の記入も可です。提出時に欄に色がついていても構いません。

筆記入用に記入欄の色を消したい場合は空白文字を入力、ドロップダウンリストの場合は選択し最下段の空白を選択してください。

黄色の入力欄は必須項目です。

1. 氏名 応募者の氏名を入力 (必須)
2. 生年月日 西暦で入力 (必須)
3. 大学をドロップダウンリストから選択 (必須)
4. 学籍番号 (必須)
5. 応募時の年次 応募時点での年次を入力、4 学年次、5 学年次いずれか。 (必須)
6. 推薦所見 250 文字以内で入力 (必須)
7. 推薦書作成者 職・氏名 この推薦書の作成者の職名と氏名を入力 (必須)
8. (西暦 年 月 日) 作成日を西暦で入力 (必須)
9. 学校名もしくは大学名 (必須)
10. 学長氏名を入力 (必須)
11. 校印の押印をお願いします。(必須)

### 課題提出用 AB\_自己紹介及び「10年後の自分」入力方法（様式3）

公益財団法人マニー松谷医療奨学財団		※財団記入欄
奨学号数	申請者氏名	
4号	大学名及び課程名	
	学籍番号	
課題提出用 A: 自己紹介(当該奨学金を要望する理由も含めて600字以内でお書きください、手書き不可)		

図2 課題提出用 AB 1ページ目

本課題は Word ファイルで 1 ページ目は下記の 1~5 の欄のみ入力可能となっています。

入力部分にカーソル合わせクリックで入力可能となります。文字のフォント、サイズは初期状態をお願いします。

1. 希望奨学番号  
「4」を入力
2. 申請者氏名            本人氏名を入力
3. 学校及び学科名        大学名および、学部学科を入力
4. 学籍番号
5. 課題提出用 A：自己紹介  
600 字以内で自己紹介を入力

4号申請者氏名	←
大学名及び課程名	←
課題提出用 B: 課題作文『10年後の自分』(どのように社会に貢献できる人間になりたいかも含めて800字以内でお書きください、手書き不可)	
	←

図4 課題提出用 AB 2ページ目

2ページ目は下記の1~3の欄のみ入力可能です。

6. 申請者氏名           1ページと同一なものを入力してください。
7. 学校および学科名    1ページと同一なものを入力。
8. 課題提出用 B: 課題作文「10年後の自分」  
800字以内で「10年後どのように社会に貢献できる人間になりたいか」を入力してください。