

マニー松谷医療奨学財団

5号奨学金-1、-2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、または学校長の推薦書（[様式2](#)、指定 Excel ファイルを用いた A4 用紙に印刷。専門学生用と大学生用の2種類ありますので在籍学校に合わせて使用してください。）
- 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

2. 応募書類の送付

1の①～④の書類を学校とりまとめ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 5号奨学金-1受付（または 5号奨学金-2）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に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－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

5号奨学金奨学生願書の入力方法（様式1）

2025年度最終年次進級

公益財団法人 マニー松谷医療奨学財団
 5号奨学金-1 奨学生願書
 栃木県内大学 校奨学金(看護師志望)

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. 在籍学校

学校名及び学部学科、コース等	
学籍番号	

3. 家族情報 (リストに無い家庭状況時は入力してください。)

家庭の状況	選択してください
-------	----------

以上のおと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 5号奨学金奨学生願書（図は5奨学金-1）

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（必須）
本人との連絡が取れなくなった場合の連絡先をご入力ください。
- (6) 当財団の奨学金受給の有無
応募時の当財団奨学金の受給が有るか無いかドロップダウンから選択してください。
※当財団の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) 学校名及び学部学科、コース等（必須）
学校名もしくは大学名、学部学科もしくはコース等を入力
- (2) 学籍番号（必須）
無い場合はクラス、出席番号を入力

3. 志望国家資格（5号-2のみ）

(1) ドロップダウンリストから選択：「看護師」「歯科衛生士」（必須）

4. 家族情報

(1) 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）

5号奨学金奨学生学校長推薦書 入力方法（様式2）

2024年度最終年次進級

公益財団法人 マニー松谷医療奨学財団 5号奨学金-1 奨学生推薦書(大学学長推薦書) 栃木県内大学募集 大学奨学金(看護師志望)			
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			
GPA			
推薦所見 (200文字以内)			
推薦書作成者 職・氏名			
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 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 大学名 大学学長氏名 印			

 ※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 5号奨学金奨学生学校長推薦書（図は5号奨学金-1）

奨学生推薦書は印刷提出です。5号奨学金奨学生学校長推薦書ファイルを未入力印刷し筆記の記入も可です。5号推薦書は専門学校用と大学用があります、在籍学校に合わせて使用してください。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. 専門学校名もしくは大学名を選択してください。無い場合は入力をお願いします。（必須）
4. 学籍番号 無い場合はクラス、出席番号（必須）
5. GPA 学生の成績をGPA換算し入力、GPAに対応していない学校は空白
6. 推薦所見 250文字以内枠内に収まる範囲で入力（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. 校長氏名 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 5-1 号	申請者氏名	
	大学名及び課程名	
	学籍番号（もしくは学級と出席番号）	
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 3 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、サイズは初期状態でお願いします。
希望奨学号数が記載されている様式をお使いください。

1. 申請者氏名 本人氏名を入力
2. 学校学科名 学校名もしくは大学名および、学部学科もしくはコース等を入力
3. 学籍番号
学籍番号が無い場合はクラス出席番号
4. 課題提出用 A：自己紹介
600 字以内で自己紹介を入力

5号-1 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。

1. 申請者氏名 1 ページと同一なものを入力してください。
2. 学校学科名 1 ページと同一なものを入力。
3. 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。