

公益財団法人ビー・エム・エル医療教育基金  
2019年度 奨学生募集要項

1. 趣 旨

ビー・エム・エル医療教育基金では、わが国の医療の発展及び予防医学を通じて国民の健やかな生活に寄与することを目的に、臨床検査技師を志す専門学校生、短期大学生及び大学生で、学業優秀でありながら経済的理由により就学困難な者に対して奨学金を支給します。

2. 特 徴

この奨学金の特徴は次のとおりです。

- (1) 奨学金は支給とし、返済の義務はありません。
- (2) 奨学金は学業遂行に必要な資金として充当していただきますが、使途明細の提出を求めることはありません。
- (3) 本制度以外の奨学金を受けている方の応募も可能ですが、選考にあたっては他の奨学金の受給の状況は参考にさせていただきます。

3. 奨学生の応募資格

- (1) 専門学校、及び大学において臨床検査技師の資格を取得することを志す 1 年生  
(2019年4月1日現在(2019年度入学生に限る))
- (2) 父母(父母がいない場合は代わって家計を支えている人)の給与等所得の合算額が500万円以下を目安とする。

4. 採用人員

15名程度

5. 奨学金の額と支給の方法

(1) 支給金額

月額3万円

(2) 支給の期間

専門学校生及び短期大学生 : 2019年4月から2022年3月までの期間

大学生 : 2019年4月から2023年3月までの期間

ただし、最長でも正規の修学期間終了時までです。

### (3) 支給の方法

奨学金は、原則として3ヵ月分を3ヵ月毎に本人名義の銀行口座に振り込みます。

※ 初回のみ12月末を目処に4月～12月の9ヵ月分を支給し、以後、3月、6月、9月、12月に前3ヵ月分の奨学金を支給いたします。

## 6. 奨学金の休止、停止又は廃止

奨学生が次のいずれかに該当することとなったときは、奨学金の支給を休止、停止又は廃止をすることがあります。また、奨学金の廃止の事由（下記(3)～(8)）に該当することとなった場合、故意若しくは重大な過失による違約・違反が認められた場合には、奨学金の一部若しくは全部の返還を求めることがあります。

- (1) やむを得ない事情により在学学校を休学又は長期にわたって欠席したとき（休止・停止）
- (2) 学業又は性行などの状況により指導上必要があると認められたとき（休止・停止）
- (3) 傷い疾病などのため成業の見込みがなくなったとき（廃止）
- (4) 学業成績又は操行が不良となったとき（廃止）
- (5) 在学学校における学籍を失ったとき（廃止）
- (6) 当財団の事務局と連絡が取れなくなったとき、又はその指示や指導に従わなかったとき（廃止）
- (7) 当財団若しくは支援企業の名譽を傷つけ、又は著しく迷惑をかけたとき（廃止）
- (8) 前各号のほか、奨学生として適当でない事実があったとき（廃止）

## 7. 募集方法

各学校の奨学金担当窓口を通じて募集します。学生からの直接応募は一切受け付けません。

## 8. 応募の手続

次の書類を揃え、各学校の奨学金担当窓口へ提出してください。

- (1) 学生願書（所定の様式）
- (2) 高校3年間の成績証明書（大学入学資格検定合格者については「合格成績証明書」と大学または専門学校の現時点までの成績証明書）
- (3) 父母（父母がいない場合は代わって家計を支えている人）に係る直近の給与所得の源泉徴収票のコピーまたは所得税の確定申告書の写し
- (4) 個人情報の取扱いに関する同意書（所定の様式）
- (5) 専門学校長、大学学長等の推薦書（所定の様式）

9. 応募締切日

2019年10月31日(木) [当基金事務局必着]

10. 選考および決定

(1) 当基金に設置する奨学生選考委員会の選考を経て、代表理事が決定します。

※ 採用予定者については改めて所得証明書(家族全員)を確認した上で最終決定いたします。

(2) 採用決定者については、専門学校、または大学および本人に通知します

(2019年11月下旬~12月上旬を予定)。

11. その他

応募書類の返却はいたしませんので、ご了承ください。

以上

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷五丁目21番3号  
公益財団法人ビー・エム・エル医療教育基金 事務局  
電話：03-3350-0259 mail：[keiki@bml.co.jp](mailto:keiki@bml.co.jp)

公益財団法人ビー・エム・エル医療教育基金

写真添付  
(3.5×4.5cm)

2019年度奨学生願書

フリガナ			性別	生年月日		
氏名			男・女	年 月 日生 (満 歳)		
フリガナ			電話 (自宅)			
現住所	〒		(携帯)			
e-mail						
フリガナ			電話			
帰省先	〒					
在学学校	※2019年10月1日現在 学科 年生					
学歴 (高校以上)	学校名・学部名	入学年月	卒業または中退年月	備 考		
		留学経験のある場合は、留学先・国名と期間				
家庭状況	続柄	氏名	年齢	現在の職業	勤務先名	同居・別居
	父					同居・別居
	母					同居・別居
	※父母が死亡、生き別れの場合も上記氏名は記入し、その年月を記入すること。					
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
収入状況	2018年の収入金額 ※個人事業者の場合には所得金額を記載すること					
	父				万円	
	母				万円	
	上記以外の家計支持者(氏名	続柄			万円	
本人				万円		

奨学金受給状況	他の給付型奨学金の受給の有無 : 有 ・ 無 (該当する方に○をしてください。)
	支給団体 : 年間給付金額 : 奨学金の名称 :
奨学金受給状況	貸与型奨学金の受給の有無 : 有 ・ 無 (該当する方に○をしてください。)
	支給団体 : 年間給付金額 : 奨学金の名称 :
<p>将来、臨床検査技師を志望する理由 (1,000字以上1,200字以内 「レポートの組み立て方」木下 是雄著 (ちくま学芸文庫) 等を参考にしてください。 ) (※書式自由のA4サイズ書類の添付でも可)</p>	
年 月 日	
<p>公益財団法人ビー・エム・エル医療教育基金 代表理事 近藤 健介 様</p> <p>上記のとおり記載事項に相違ありません。</p> <p>貴財団の奨学生として採用いただきたく関係書類を添えて出願します。</p>	
<p>本人氏名 _____ 印</p>	

## 個人情報の取扱いについての同意書

当基金は、以下の「個人情報保護方針」に従い、奨学金制度の募集に関してお預かりする応募者の個人情報（願書等）を取扱います。これに同意いただける場合は、同意書にご署名いただき、願書等とともにご送付いただきますようお願いいたします。

公益財団法人  
ビー・エム・エル医療教育基金  
代表理事 近藤 健介

### 個人情報保護方針

公益財団法人ビー・エム・エル医療教育基金（以下当基金）は、平成17年4月1日から全面施行された「個人情報の保護に関する法律（以下、個人情報保護法といいます。）」に則り、職務に関連する個人情報の取得・利用・管理等の取扱いについて、以下の通り個人情報保護方針を定めます。

#### 1. 個人情報に関する法令などの遵守

個人情報に適用される関係法令・ガイドライン等を遵守し、個人情報の取扱いを適切に行います。

#### 2. 個人情報の収集

個人情報は、適正な手段により取得します。

#### 3. 個人情報の利用目的

個人情報の利用目的は、本基金の奨学生制度に関し、募集要領等の送付、選考手続き・選考委員への提供、並びに選考結果の連絡及び公表等に利用することがあります。個人情報の利用は、利用目的の達成に必要な範囲で行います。

#### 4. 個人情報の開示について

個人情報を上記3.以外の目的で第三者に提供する場合は、予め本人の同意を得ることとします。また、個人情報の取扱を第三者に委託する場合は、安全管理が図られるよう適切に対処します。なお、法令上開示すべき義務その他緊急の必要がある場合には、例外的に個人情報を第三者へ提供することがありますので、ご了承ください。

#### 5. 個人情報の適正管理

応募者からご提供いただきました個人情報について、漏洩、改ざん、紛失などの事態が生じないように、適切な安全管理措置を講じます。

### 同意書

上記、個人情報の取扱いについて同意します。

年 月 日

氏 名

公益財団法人  
ビー・エム・エル医療教育基金  
代表理事 近藤 健介 殿

公益財団法人ビー・エム・エル医療教育基金

奨学生推薦書

下記の者を、貴財団の2019年度奨学生として適当な者と認め、推薦いたします。

記

被推薦者氏名 \_\_\_\_\_

学部/学科/学年 \_\_\_\_\_

年 月 日

学校名

学校長名

印

【 推 薦 理 由 】

Large empty rectangular box for writing the recommendation reasons.

指導教授・教員氏名

印

※ この様式に準じた様式の使用可



# 家 庭 調 査 書

申 請 者	所 属	学群 _____ 学類 _____ 年次 _____										
	学籍番号	_____			性別	男・女	現住所	〒 _____ TEL ( _____ )				
	フリガナ	_____										
	氏 名	_____			家族住所	〒 _____ TEL ( _____ )						
家 族 及 び 所 得	就 学 者 を 除 く 家 族	続柄	氏 名	年齢	職 業	在職 期間	勤 務 先 名 称	給与所得の収入 金額 (税込)	給与所得以外の 所得金額			
		父	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ 万円	_____ 万円		
	母	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ 万円	_____ 万円		
	父または母 死亡・離別の場合 時期 ( _____ 年 _____ 月 ) 理由 ( _____ )											
	主たる家計支持者無職等の場合 時期 ( _____ 年 _____ 月 ) 理由 ( _____ )											
			_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ 万円	_____ 万円		
			_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ 万円	_____ 万円		
			_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ 万円	_____ 万円		
			_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ 万円	_____ 万円		
	別 居 者 に ○ 印	就 学 者	続柄	氏 名	年齢	学 校 名	設置者別	学校種別	通学別	控 除 額		
本人			_____	_____	筑波大学	国立	_____	※自 宅 自 宅 外	_____ 万円			
_____			_____	_____	_____	※国公立 私 立	※小・中・高・高専・大学 専修 (高等・専門)	※自 宅 自 宅 外	_____ 万円			
_____			_____	_____	_____	※国公立 私 立	※小・中・高・高専・大学 専修 (高等・専門)	※自 宅 自 宅 外	_____ 万円			
_____			_____	_____	_____	※国公立 私 立	※小・中・高・高専・大学 専修 (高等・専門)	※自 宅 自 宅 外	_____ 万円			
家 庭 の 特 殊 事 情	特別控除項目		控除有無 _____									
	障害者がいる世帯		※有・無 _____ 続柄 ( _____ ) 氏名 ( _____ ) 手帳番号 ( _____ ) _____ 万円									
	その他		_____									
本 人 の 状 況	家庭からの給付		月額 ( _____ 千円)				認 定					
	アルバイト		月額 ( _____ 千円) 内容 ( _____ )				総収入金額		① _____ 万円			
	奨学金	受給中	月額 ( _____ 千円) 団体名 ( _____ )				必要経費		② _____ 万円			
		申請中	月額 ( _____ 千円) 団体名 ( _____ )				特別控除額		③ _____ 万円			
	その他の収入		月額 ( _____ 千円) 内容 ( _____ )				総所得金額		④=①-②-③ _____ 万円			
学 業 成 績	評 価	高等学校	5	4	3	2	1	平 均 値	収入基準額	世帯人数 _____ 人		
		大学 (院)	A	-	B	C	-			_____ 万円		
	修得単位数または科目数		_____				家計充足率		⑥=④÷⑤×100			

(注) 1. 太線の枠内を記入し、※印は○で囲むこと。  
 2. 「給与所得の収入金額」欄は、申請の前年1年間の収入金額を記入し、所得証明書、源泉徴収票(写)を添付すること。  
 (父と母が給与所得者の場合は父と母両方添付すること。年金受給者の場合は年金振込通知書(写)。失業者は雇用保険受給資格証(写)。  
 3. 「給与所得以外の所得金額」欄は、申請の前年1年間の収入金額から必要経費を控除した金額を記入し、確定申告書(写)等を添付すること。  
 (父と母が確定申告をしている場合は父と母両方添付すること。)  
 4. 「家庭の特殊事情」欄について、障害者のいる世帯については障害者手帳(写)、その他については証明するものを添付すること。  
 5. 「学業成績」欄については、1年次生(編入学生を含む。)にあっては出身学校の成績を記入(科目数で平均値を算出)し、成績証明書を添付すること。2年次以上の者にあっては、前年度までの成績(修得単位数で平均値を算出)を記入し、成績証明書を添付すること。