



**2026年度 第2期
SBC メディカルグループ
理学療法士育成修学資金制度**

理学療法士育成修学資金制度概要

SBC メディカルグループでは、理学療法士免許の取得を目指す学生を対象に、将来、当グループに帰属する法人で活躍できる理学療法士を育成することで、幅広い社会貢献をすることを目的として、修学資金支援制度を設けました。

1. 募集期間・人数

(1) 募集期間

2026年4月1日～2026年6月30日迄 支給開始日：2026年9月25日

応募者多数につき選考に時間を要する場合、支給開始時期が繰り下がる場合があります。

(2) 募集人数

若干名

2. 応募資格

(1) 現在学校法人 SBC 東京医療大学健康科学部理学療法学科に在学中であり、かつ、1.

(1) に定める支給開始日において、第1学年乃至第4学年に在籍の方

(2) 理学療法士免許取得後、当グループに帰属する法人の医療機関に勤務できること

(3) 心身ともに健康であること

3. 制度内容

(1) 貸付金額・期間

貸付開始から正規の修学期間が終了するまでの期間、毎月5万円

最大3年7ヶ月間（43ヶ月）で、合計貸付限度金額215万円

(2) 休止要件・廃止要件

休学、停学処分を受けた場合は貸付けを休止します。

退学、大学院進学等により、当グループに帰属する法人の医療機関に勤務する見込みがなくなった場合には、既に貸し付けた全額を直ちに返還していただきます。

(3) 返済要件

貸付終了月の翌月末日までに振込の方法により貸付金全額の返済を行うものとします。貸付金は無利息とします。

修学期間終了後当グループに帰属する法人の医療機関に勤務し、理学療法士免許取得後ある月の1日から末日までの1ヶ月間勤務した場合、5万円の返済を免除します。この場合、免除に係る源泉所得税を給与から天引します。

当該期間計算方法により複数ヶ月間勤務した場合、5万円に勤務月数を乗じた金額の返済を免除します。この場合、免除に係る源泉所得税を1ヶ月単位で給与から天引します。

当グループの雇用元法人を退職するときに貸付金の残債務が存在している場合には、当

該残債務の全額を退職月の翌月末日までに返済していただきます。

(4) 債権回収

(2) 又は (3) において返還期限又は返済期限までに返済がない場合、法務大臣の許可を得た債権回収会社及び弁護士への債権回収の委託、債権譲渡、支払督促、民事訴訟、強制執行、その他の適法な手続により残債務の回収を行う場合があります。

4. 応募方法

本制度に応募する際は、以下の書類を提出してください。

送り先) 163-1312 東京都新宿区西新宿 6-5-1 新宿アイランドタワー12F

SBC メディカルグループ採用部 修学資金制度担当

- ①. SBC メディカルグループ理学療法士育成修学金制度選考応募申込書
- ②. 履歴書
- ③. 理学療法士としての目標に関するエッセイ

書類審査に合格した方には、面談の日時をお知らせします。最終的な選考結果は、面接後 2 週間以内に通知いたします。

5. 選考結果通知後の提出書類

選考により本制度の対象となった方には、以下の書類を提出していただきます。

- ①. 理学療法士育成修学資金制度借入申請書兼同意書
- ②. 在学証明書
- ③. 成績証明書
- ④. 戸籍抄本又は戸籍事項一部証明書
- ⑤. 住民票正本
- ⑥. 履歴書 (本人)
- ⑦. 印鑑証明 (本人)
- ⑧. 連帯保証人 2 名の印鑑証明 (生計の異なる者 1 名を含む)
- ⑨. 健康診断書

6. 附則

(1) 勤務対象医療機関

2.(2)、3.(2)、及び3.(3)に定める「当グループに帰属する法人の医療機関」とは下記のとおりとします。ただし、整形外科業態の医療機関が新規に開院した場合、当該医療機関も含むものとします。

- ①. SBC 整形外科クリニック西新宿本院
- ②. SBC 横浜駅前整形外科クリニック
- ③. SBC 整形外科クリニック葛西院

- ④. SBC 整形外科クリニック新浦安高洲院
- ⑤. SBC 整形外科クリニック上青木院
- ⑥. SBC 整形外科クリニック船堀院
- ⑦. SBC 整形外科クリニック新小岩院

(2) 奨学金の併用

SBC メディカルグループ以外の機関から返済不要の奨学金の給付を受けている場合、SBC メディカルグループ理学療法士育成修学資金との併用は可能とします。

SBC メディカルグループ

理学療法士育成修学資金制度選考応募申込書

提出日： 年 月 日

申請者氏名： 実印

理学療法士育成修学資金の貸付けを希望しますので、必要書類を添えて、同制度の選考に応募します。

応募者

氏名： _____ (ふりがな： _____)

住所：

電話番号：

メールアドレス：

生年月日：西暦 _____ 年 月 日

学校名： _____ 入学日： _____ 年 月 日

希望貸付期間： _____ 年 月～ _____ 年 月 (_____ ヶ月)

希望医療施設 (クリニック) _____

添付書類

- ・履歴書
- ・理学療法士になってからの目標