

小国公立病院看護学生奨学金 奨学生推薦書

学 校 名					
学 年	学 部	学 科	コ ー ス	第	学 年
氏 名					
生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	年	月	日	生(満 歳)
人物の総評					
学業に関する状況					
健康に関する状況					
本奨学金制度に対する理解・意志					
その他意見・(その他推薦の理由)					

上記の者は、小国公立病院看護学生奨学金の貸付を受ける者として適当と認められますので、推薦します。

小国町外一ヶ町公立病院組合長 様

年 月 日

推薦者 学校名

職 氏 名

⑩

備考

- 1 別紙を添付して頂いてもかまいません。
- 2 「その他意見」欄の記載は、任意です。