「湖医会奨学金」奨学生推薦書

出願者	滋賀医科大学　　学科　　年			
	氏　　名		生年月日	年　　月　　日生
	入学年月	年　　月	学籍番号	

滋賀医科大学同窓会「湖医会」会長　殿

上記の者は、本学＿＿＿学科＿＿学年に在学し、優れた学生であるが、経済的事由により修学が困難でありますので、「湖医会奨学金」の奨学生として適当な者と認め推薦いたします。

平成　　年　　月　　日

推薦人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　期生）＿＿＿＿＿＿印

推薦人住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（TEL）＿＿＿＿＿＿＿

推薦人勤務先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（勤務先 TEL）＿＿＿＿＿

推薦所見（特記事項があれば、ご記入ください。）