

様式第4号(第2条関係)

年 月 日

みやぎ県南中核病院企業団

企業長 下瀬川 徹 様

大 学 名

学 長 名

印

推薦書

下記の者は、みやぎ県南中核病院企業団薬剤師奨学金貸付条例に基づく奨学金の貸付けを受ける者として適当と認められるので推薦します。

記

氏 名		生 年 月 日	
入 学 年 月 日		卒業予定年月日	
成 績 概 評	在学年( 年学) 在学成績が 1 特にすぐれている      2 すぐれている      3 普通		
修学資金の貸付けを必要とする程度	1 特に必要である      2 必要である		
その他参考意見			