

大牟田市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、大牟田市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、推薦をします。

地方独立行政法人  
大牟田市立病院 理事長様

平成 年 月 日

推薦者 学校名  
職氏名

印

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。