

年 月 日

赤穂市病院事業管理者 宛

(学校名)

(学校長)

㊟

推 薦 書

下記の学生は、奨学生として適正であると認め、推薦いたします。

ふりがな 氏 名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
入 学	年 月 日	入学	
卒業見込	年 月 日	卒業見込	
科・学年			
現住所	〒		
推薦理由		

記載者 職・氏名