

(第 3 号様式) (第 5 条関係)

推 薦 調 書

年 月 日

婦恋村長

様

所在地	〒 電話 ()
学校名	
代表者の役職及び氏名	印

下記の者は、婦恋村医療技術者等育成奨学金の貸付けを受ける者として適当であると認められるので推薦いたします。

課 程 名	
学 年	第 学年 [年 月 卒業 (予定)]
氏 名	
学業及び健康の状況	
推 薦 理 由	