

奨学生推薦書

年 月 日

公益財団法人 シップヘルスケア古川教育財団
代表理事 古川 國久 殿

大 学 名

教 員 名

下記の学生を、貴財団の奨学生として推薦します。

学生の氏名		学籍番号	
学部、学科、研究科、専攻、学年等			
推薦理由（勉学、課外活動、表彰、経済状況等）			

※学生を指導される教員が作成ください。入力、手書きのいずれも可ですが、データでご提出ください。