

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	
(学生が所属している学部、学科、研究科、専攻、学年等を記入してください)			
推薦理由 (勉学、課外活動、表彰、経済状況等)			