

推 薦 書

社会医療法人 近 森 会
理事長 殿

年 月 日

学 校 名

校 長 名

印

下記の学生を近森会グループ看護師養成奨学金規定に基づく、奨学生として推薦いたします。

記

奨学生氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	才
入学後の出席状況	欠席日数 日（出席すべき日数 日）		
欠席の主な理由			
推薦理由			