

# 推 薦 書

年 月 日

医療法人恵愛会  
福間病院理事長 殿

学 校 名

代表者名

印

下記の者が医療法人恵愛会福間病院奨学金の貸付を申請するにあたり、奨学生として推薦します。

氏 名	生年月日(年齢)	S・H	年 月 日 ( 歳 )
所 属	学 年		
推薦理由			