

安来市医学生、薬学生、看護学生等奨学金貸与に係る推薦書

年 月 日

安来市長 様

学校名

学校長

印

安来市医学生、薬学生、看護学生等奨学金申請者として、下記の者を責任をもって推薦します。

記

住所			
ふりがな		生年	年 月 日生
氏名		月日	(歳)
推薦する理由			
学業 就業 の状況	【例：高校等の成績】		
その他活動	(1) 学年行事等学業外の活動について (2) その他特記すべき事項		

学校長 様

推薦書の作成について

安来市では、市の地域医療に貢献する意志を持った医学生、薬学生、看護学生に対して修学のための奨学金を貸与しております。免許を取得後、市内の医療機関等に勤務し、地域医療に貢献していただくことが奨学金事業の目的です。

推薦書の記入にあたっては、安来市の地域医療に貢献したいという使命感を持ち、学問への意欲を持った方を見定めたくうえで、安来市の地域医療に寄与できる方の推薦をお願いします。

○記入上の注意

(1) 推薦する理由

本人を推薦する根拠となった事由と医学、看護学を学ぶ能力と適性、地域医療に貢献したいという意欲があると認められる理由等をご記入ください。

(2) 学業（就業）の状況

最近時の学校学年の成績をご記入ください。例：成績順位（ 人 中 位）

具体的な順位がない場合又は不明の場合は、推定をご記入ください。

就業時の態度等具体的にご記入ください。

(3) その他の活動

① 学年行事等の役割や活動状況

② クラブ活動などの状況

③ その他特筆すべき資格、表彰など

※お問い合わせは、下記へご連絡ください。

〒692-0404 島根県安来市広瀬町広瀬 1930-1（安来市健康福祉センター内）

安来市役所健康福祉部いきいき健康課

電話：0854-23-3220