公益財団法人

ビー・エム・エル医療教育基金

代表理事　　近藤　健介　殿

**公益財団法人ビー・エム・エル医療教育基金**

**奨学生推薦書**

下記の者を、貴財団の2025年度奨学生として適当な者と認め、推薦いたします。

記

被推薦者氏名

学部/学科/学年

　　　年　　　月　　　日

学校名

学校長名 印

【 推 薦 理 由 】

|  |
| --- |
| 【参考情報】  　　GPA等の直近の成績をご記載ください。 |
| 指導教授・教員氏名  印 |

※　この様式に準じた様式の使用可