

申請日(西暦) 年 月 日

推薦状

一般財団法人笹川薬局記念財団
代表理事 松本 聡 殿

大学名		役職印
学長または学部長名		

・下記の学生は、貴財団の奨学金を受けるにふさわしい者であることを認め推薦します。

※貴大学の推薦状様式がある場合でも、本様式を使用ください。

フリガナ			
学生氏名			
大学名			
学部・学科等名			
大学所在地			
本推薦状に関する問い合わせ先の部署と担当者について			
担当部署名		担当者役職氏名	
電話番号		FAX 番号	
E-Mail:			

提出前の推薦条件の再確認項目(レ点でチェックください。)

項目	条件	適否
■被推薦者の本年度の学年次について	・6年制の場合:5年次または6年次 ・4年制の場合:3年次または4年次 (該当学年次に○を付してください)	適 <input type="checkbox"/> ・ 否 <input type="checkbox"/>
■学力・成績について	・推薦にふさわしい学力・成績か	適 <input type="checkbox"/> ・ 否 <input type="checkbox"/>
■経済的な状況	・家庭状況調査書等を踏まえ、経済的な支援が必要か	要 <input type="checkbox"/> ・ 否 <input type="checkbox"/>