奨学金辞退願

公益財団法人マニー松谷医療奨学財団

代表理事　松谷貫司　殿

西暦　　年　　月　　日

氏名	印	奨学生番号	
学校名		学年	
電話番号		携帯番号	
E-mail			

下記の理由により、奨学金を辞退させていただきます。

■辞退理由

■辞退開始年月

西暦　　年　　月分　から