

## 奨学金辞退届

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 ※2	
学校名※1		学年	
電話番号		携帯番号	
E-mail			

※1 在籍する大学院/大学/学校等の名称

※2 奨学生採用者で奨学生番号がある方のみ記載

下記の理由により、奨学金(応募)を辞退させていただきます。

## ■ 辞退理由

## ■ 辞退開始年月(奨学生採用者のみ記載)

西暦 年 月分 から