**給付期間の延長願**

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 |  | | |

* 在籍する大学院/大学/学校等の名称

下記の理由により、奨学金給付の延長をお願いします。

■延長理由

■延長希望年月

西暦　　　　年　　　月分　　から　　　　年　　　月分

■国家資格取得または卒業に必要な単位数

　　　　　　　　　　　　　　　　単位

■国家資格取得または卒業に必要な単位名

* 上記欄で記載しきれない場合は、こちらのページをコピーし、ご使用ください。

■延長に必要な書類等

* 給付期間の延長願
* 成績証明書