【財団提出用】

**復学証明書**

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

奨学生本人記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 奨学生番号 |  |
| 学校名※ |  | 学年 |  |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |
| E-mail |  |
| 休学/長期欠席期間 | 西暦　　　　年　　　月　　　日　　から　　　　　年　　　月　　　日　　まで　 |

* 在籍する大学院/大学/学校等の名称

　私、　　　　　　　　　は休学または長期欠席から復学したことを公益財団法人マニー松谷医療奨学財団に報告するべく、以下につきましてご確認頂き、問題ないようであれば、記名捺印をお願い申し上げます。

以下大学院/大学/専門学校等記入

記入日　西暦　　　　年　　　月　　　日

上記氏名の者は上記記入の休学または長期欠席期間を経て、復学したことを証明します。

大学院・大学・専門学校等名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【大学院/大学/専門学校等提出用】

**復学証明書**

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

奨学生本人記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 奨学生番号 |  |
| 学校名※ |  | 学年 |  |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |
| E-mail |  |
| 休学/長期欠席期間 | 西暦　　　　年　　　月　　　日　　から　　　　　年　　　月　　　日　　まで　 |

* 在籍する大学院/大学/学校等の名称

　私、　　　　　　　　　は休学または長期欠席から復帰したことを公益財団法人マニー松谷医療奨学財団に報告するべく、以下につきましてご確認頂き、問題ないようであれば、記名捺印をお願い申し上げます。

以下大学院/大学/専門学校等記入

記入日　西暦　　　　年　　　月　　　日

上記氏名の者は上記記入の休学または長期欠席期間を経て、復学したことを証明します。

大学院・大学・専門学校等名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印