**奨学金復活願**

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、休止されていた奨学金給付の復活をお願いします。

■復活理由

■再開希望年月

西暦　　　　年　　　月分　　から