

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