|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奨　学　生　推　薦　調　書 | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | 男  ・  女 | 全日制・定時制・通信制  　　　　立　　　　高等学校　　　　科　第　　学年 | | | | |
| 氏　　名 | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 推  薦  所  見 | 人物概評  肢体不自由と学業の関係および将来の成業の見込等について  身体の状況（貴校における身体検査について、特に胸部疾患等御記入ください）  成績概評 | | | | | | | |
|  | | | | １年次の  学年順位 | ２年次の  　 学年順位 | ３年次の  学年順位 |  |
| 人中 | 人中 | 人中 |
|  |  |  |
| ・２年次以上の生徒は、参考に入学から出願時の２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学期までの国・数・英・社・理に当たる科目の学年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　順位の記入を願います。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・本人が所属する学科の全体人数と、本人の順位の　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載を願います。  その他 | | | | | | | |
| 上記の者は、貴協会の奨学生として推薦基準に合致していると認め推薦します。  　　　　令和　　年　　月　　日  　　公益財団法人新潟県肢体不自由児協会理事長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長名　　　　　　　　　　　　　　　職印  　　 学校住所  　　 〒  　　 連絡先 TEL:　 担任氏名 | | | | | | | | |