

歯科医師 各位

歯科医師・同窓生推薦修学支援奨学金制度の推薦につきまして（お願い）

先生方におかれましては、明倫短期大学の教育に対しまして、日頃より、格別のご理解とご協力を賜りますこと、心より感謝申し上げます。

本学では、入学試験出願の際に受験生が、歯科医師の先生より推薦をいただきますと、合格後、入学時に奨学金として入学金を減免する制度として、2017年度（2018年度受験生）より、歯科医師推薦修学支援奨学金制度を開始いたしました。

本学の入学志願理由には、歯科医院で患者として経験をした感動が、受験動機となっている受験生が非常に多いという傾向にあります。歯科医院で先生方や先輩歯科衛生士の働く姿を見て、憧れるという体験は、歯科衛生士、歯科技工士という職業選択の最大の動機であるということにあらためて着目をし、上記奨学金制度を設けたところでございます。

一人でも多くの優秀な歯科衛生士・歯科技工士を養成し、歯科医院様に勤務させていただくことは、今後の歯科医療の発展にも寄与することはもちろん、学生、その家族にとりましても喜ばしいことです。本学の創立綱領にもありますように、「社会への医療技能の還元」という意味からも、社会貢献を果たすことができますことは、この上ない喜びであります。また、併せて、過年度より同窓生（本学卒業生の歯科衛生士・歯科技工士による推薦）制度も合わせて実施させて頂いております。

本奨学金制度の主旨にご賛同いただきまして、患者様、知人様をご推薦いただけますようお願い申し上げると同時に、本学受験志願者が、本制度様式に基づく推薦のお問い合わせ、ご依頼に訪ねました際は、何卒、ご協力を賜りたくお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

〒950-2086

新潟県新潟市西区真砂3丁目16番10号

明倫短期大学 学生総合支援センター

電話：025-232-6352

E-mail：exam@meirin-c.ac.jp

明倫短期大学 歯科医師・同窓生推薦修学支援奨学金推薦書

学校法人明倫学園

理事長 殿

下記のとおり明倫短期大学の歯科医師・同窓生推薦修学支援奨学金を受けるにふさわしい適格な人物として推薦いたします。

記

被推薦者	氏 名	(フリガナ) 印
	高等学校または 中等教育学校名	() 都道府県 立 学校 (西暦) 年 月 卒業・卒業見込
	現住所	郵便番号 -
	電話番号	- -
	受験学科	学科

推薦理由	
------	--

推薦者	氏 名	(フリガナ) 印
	卒業学科・年度 (同窓生のみ)	
	現住所 ※歯科医師の方 は歯科医院名ま たは勤務先名及 び住所・電話を ご記入下さい。	郵便番号 - 電話番号 - -