

歯科医師 各位

明倫短期大学

歯科医師推薦修学支援奨学金制度に係る推薦のお願い

先生方におかれましては、日頃より明倫短期大学の教育活動に対し、格別のご理解とご協力を賜り、心より御礼申し上げます。

本学では、受験生が歯科医師の先生方または本学卒業生である同窓生の推薦を受けて出願した場合、合格後に入学金の一部を減免する「歯科医師推薦修学支援奨学金制度」を設けております。

本学への入学を志望する学生の多くは、歯科医院での受診経験や、歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士の方々が活躍する姿に憧れを抱いたことをきっかけに、進路を決定しています。実際の医療現場で感じた魅力や感動が、将来の職業選択につながることは少なくありません。

本制度は、そのような志を持つ学生を支援し、将来、地域医療を支える優秀な歯科衛生士・歯科技工士の育成につなげることを目的としております。学生本人やご家族への支援はもとより、歯科医療界全体の発展にも寄与する取り組みであると考えております。

また、本学の建学の精神である「社会への医療技能の還元」の実現という観点からも、本制度を通じて社会貢献につなげてまいりたいと考えております。

つきましては、本制度の趣旨にご賛同いただき、患者様やご親族・ご知人など、本学への進学を希望される方をご推薦いただけますと幸いです。また、受験希望者より推薦のご相談やご依頼がありました際には、何卒ご協力賜りますよう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

歯科医師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 年 卒業・卒業見込
	現住所	郵便番号 -
	電話番号	- -
	受験学科	学科

推薦者	氏名	(フリガナ) 印
		(旧姓)
	勤務先名	
	勤務先住所	郵便番号 -
	電話番号	- -
	推薦理由	