

웰니스 장학금 추천서

추천학생정보	성명/성별		생년월일	
	학교/학년		연락처	
	주소			
추천사유		*가정환경, 경제상황, 주거환경 등 추천대상자의 문제상황 및 욕구, 추천사유에 대해 상세히 기록 (1,000자 이내로 작성)		
상기 학생을 광명웰니스내과의원과 사회복지법인 광명시사회복지협회의 광명희망나기운동본부가 함께 진행하는 장학금 사업 장학생으로 추천합니다. 2026년 월 일 추천자 (소속) 추천기관 : (직책) (성명) (서명)				