**第19号様式**（第17条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

借受者　住所

氏名

電話番号

歯科衛生士養成奨学金償還一部免除承認申請書

下記のとおり高知県歯科衛生士養成奨学金貸付け条例第９条第２項の規定に基づく奨学金の一部の償還の免除を希望するので、高知県歯科衛生士養成奨学金貸付け条例施行規則第17条第６項の規定により申請します。

記

１　奨学金の貸付けを受けた期間　　　　　　　　　　年　　月から　　　　　　年　　月まで

２　貸付けを受けた奨学金の額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　奨学金の一部の償還の免除の要件となる県内指定医療機関において歯科衛生士の業務に従事した期間等

(１)　　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで（　　　　　　　　　）

(２)　　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで（　　　　　　　　　）

４　奨学金の一部の償還の免除を申請する理由