別　紙

**償還方法の選択**

償還方法について、該当する方の番号に○をお願いいたします。

**※なお、やむを得ない事情がない限り基本は一括償還となっておりますが、分割償還を希望**

**される場合は、その理由を「高知県歯科衛生士養成奨学金分割償還承認申請書」に記入してください。**

１．一括償還

　　　この場合、提出書類は、この用紙のみです。後日、納入通知書を送付いたします。

２．分割償還

　　　この場合、この用紙とともに、分割償還承認申請書（第１４号様式）の提出

をお願いいたします。

　　　なお、記入例を参考にしてください。後日、納入通知書を送付いたします。

〇　送付先（必ず記入をお願いいたします。）

　　〒　　　　－

氏　名：

ＴＥＬ：（　　　　　）　　　　　－　　　　　　　　（必ず連絡のとれる番号の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入をお願いします。）