**第22号様式**（第18条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

借受者　住所

氏名

電話番号

歯科衛生士業務従事届

下記のとおり歯科衛生士の業務に従事することになりましたので、高知県歯科衛生士養成奨学金貸付け条例施行規則第18条第１項の規定により関係書類を添えて届け出ます。

記

１　歯科衛生士の業務に従事する県内指定医療機関若しくは高知県歯科衛生士養成奨学金貸付け条例施行規則第16条に規定する医療機関（以下「県内指定医療機関等」といいます。）の名称及び所在地

２　従事する県内指定医療機関等内の部署

３　歯科衛生士の業務に従事する期間

年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで

注　この届けには、歯科衛生士の業務に従事する県内指定医療機関等の長の証明書を添えてください。