**別第10号様式**（第10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再開申請書

下記のとおり復学し（長期にわたる欠席をやめ）、高知県歯科衛生士養成奨学金貸付け条例第５条の規定に基づく奨学金の貸付けの再開を希望するので、高知県歯科衛生士養成奨学金貸付け条例施行規則第10条第１項の規定により申請します。

記

１　養成施設名

２　奨学金の一時停止年月日停止年月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

３　復学し、又は長期にわたる欠席をやめた年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

４　養成施設の卒業又は修了の予定年月卒業予定年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

５　復学し、又は長期にわたる欠席をやめた理由

復学理由

注　負傷又は疾病のため養成施設を休学し、又は長期にわたって欠席していた場合は、病院又は診療所の作成した診断書を添えてください。