

## 高知県薬剤師確保インターンシップ事業実施要領

### 1 目的

高知県における薬剤師の業務について学生の理解を深めるとともに、将来の進路の選択肢の一つとして検討する機会とする。また、大学の単位取得研修としての受け入れも行う。

### 2 研修生

大学において薬学を履修し、薬剤師国家試験受験資格を得ることができる課程に在学している第4学年から第6学年の学生で、各年度5名程度とする。

### 3 実施時期等

原則として、学生の希望する連続した5日間のうち、薬務衛生課の指定する期間に実施するものとし、1日の研修時間は、午前9時から午後5時までを目途とするが、実施時期及びその期間については研修生と協議のうえ決定する。

### 4 受入施設

研修生を受け入れる施設については、その都度、高知県健康政策部薬務衛生課(以下「薬務衛生課」という。)、公益社団法人高知県薬剤師会、及び高知県病院薬剤師会が協議し決定する。

### 5 研修内容

以下の(1)から(3)のうち、希望するものについて研修を行う。

- (1) 薬局薬剤師の業務について
- (2) 病院薬剤師の業務について
- (3) 行政薬剤師の業務について

なお、研修内容の詳細は受入施設において決定するが、業務の都合により研修生の希望を考慮できない場合がある。

### 6 研修に要する経費

- (1) 研修に要する旅費(交通費のみ)は、高知県が負担する。
- (2) 支給する旅費の額は、旅行(大学と帰省先間を限度とする。)の方法等の実態に応じ、高知県の関係規定に定める方法で算定した額(限度額なし。)とする。
- (3) 研修生が、研修を開始した後やむを得ない事由以外の事由により、研修の中止を申し出た場合、交通費等の費用は全て研修生の負担とする。

### 7 研修の申し込みと手続き

- (1) 研修の受講を希望する者は、薬務衛生課ホームページ内のインターンシップ受講生申込みフォーム、若しくは様式第1号により、薬務衛生課あてに申し込むこと。
- (2) 薬務衛生課は、申し込みのあった者から書類審査等により選考を行い、研修生を決定のうえ、様式第2号により申請者へ通知する。  
なお、選考については、高知県外で実務実習を受講若しくは受講予定の者を優先する。
- (3) 研修生は決定通知を確認次第速やかに、様式第3号、様式第4号、及び旅費債権者登録(変更)申請書に必要事項を記載のうえ薬務衛生課へ送付する。

(4) 研修生は、研修期間終了後速やかに、様式第5号に、交通費の領収書、航空機搭乗券等の、旅行内容を確認できる書類を添付のうえ、薬務衛生課へ送付すること。

(5) 研修生は、研修が終了したことを証明する必要がある場合には、それに係る書類を研修期間の初日までに薬務衛生課に提出すること。

## 8 研修中の事故等

(1) 薬務衛生課は、研修生の不慮の事故に備え、研修中の傷害保険の費用を負担する。

なお、研修生は、各自で損害賠償責任保険に加入のうえ研修に参加すること。

(2) 研修中の自動車事故、その他の不慮の事故については、受入施設はその発生防止に努めるものとする。

ただし、万一事故が発生した場合は、受入施設に明らかに過失がある場合を除き、受入施設はその責任を負わないものとする。

## 9 研修生が遵守すべき事項

(1) 研修生は、受入施設の示した日程を遵守すること。やむを得ず守れない場合には、直ちに受入施設へ連絡し、事前に了承を得ること。

(2) 研修に使用する白衣等、及びその他日常衣服、印鑑、日用品は携行すること。なお、研修期間中の食事は提供しない。

(3) 研修生は、研修上知り得た秘密を漏らしてはならない。また、研修を終えた後も同様とする。

(4) 研修生は、受入施設の指示に従い規律ある行動をとるものとし、研修施設において規律が乱れるおそれがあると判断したときは研修を中止させることがある。その後に発生した交通費等の費用は全て研修生の負担とする。

(附 則)

この要領は、平成30年5月30日から施行する。

(附 則)

この要領は、令和3年4月26日から施行する。

(様式第1号)

令和 年 月 日

高知県健康政策部薬務衛生課長 様

住 所 〒

氏 名  
電話番号

高知県薬剤師確保インターンシップ事業受講申請書

つぎのとおり、高知県薬剤師確保インターンシップ事業の受講をしたいので申請をいたします。

大 学 名 (所属)	大学	学部	学科
	年生 (		研究室 )
希 望 受 講 日	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日	
生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
連絡可能な電子メールアドレス			
帰省先住所等	住 所 〒  電話番号 (申請者に連絡がとれない場合の連絡先について記載)		
修学資金貸付制度等の利用について	利用していない 利用している (団体名: )		
受講を希望する職種 (希望する順位を記載すること。希望しない場合は記載しない)			
( ) 薬局薬剤師の業務について			
( ) 病院薬剤師の業務について			
( ) 行政薬剤師の業務について			
研修を受けたい業務内容			
受講の動機			

(様式第2号)

第 号  
令和 年 月 日

様

高知県健康政策部薬務衛生課長

高知県薬剤師確保インターンシップ事業の受講決定について（通知）

このことについて、下記のとおり決定しました。

なお、高知県薬剤師確保インターンシップ事業実施要領を熟読のうえ、参加してください。

また、やむを得ない事情等により研修を辞退する場合には、薬務衛生課あてその旨を連絡してください。

記

1 研修者

2 研修場所

3 研修期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日まで

(様式第3号)

令和 年 月 日

高知県健康政策部薬務衛生課長 様

住 所 〒

氏 名  
電話番号

高知県薬剤師確保インターンシップ事業旅程作成依頼書

研 修 期 間	年 月 日～ 年 月 日
旅行の内容	出発地  交通手段   帰着地  旅行期間
振込先口座	別添「旅費債権者登録(変更)申請書」のとおり

※交通手段については、往路及び復路の行程の詳細を記入すること。

※決定通知確認後、速やかに送付すること。

送付先：〒780-8570 高知市丸ノ内 1-2-20 高知県健康政策部薬務衛生課

(様式第3号)

令和 3年 5月 29日

高知県健康政策部薬務衛生課長 様

住所 〒XXX-XXXX  
××市××町1丁目2番20号  
氏名 高知 好子  
電話番号 XXX-XXXX-XXXX

## 高知県薬剤師職員確保インターンシップ事業旅程作成依頼書

研修期間	令和 3年 8月 20日 ~ 令和 3年 8月 24日
旅行の内容	<p>出発地 自宅(××県××市××町1丁目2番20号)</p> <p>交通手段 【往路】(8月19日発) 自宅~××駅: 徒歩 ××駅~〇〇空港: JR 〇〇空港~高知空港: 航空便 【復路】(8月25日発) 高知駅~△△駅: JR △△駅~帰省先: 徒歩</p> <p>帰着地 帰省先(△△県△△市△△町2丁目3番30号)</p> <p>旅行期間 令和3年8月19日~8月25日</p>
振込先口座	別添「旅費債権者登録(変更)申請書」のとおり

※交通手段については、往路及び復路の行程の詳細を記入すること。

※決定通知確認後、速やかに送付すること。

送付先: 〒780-8570 高知市丸ノ内1-2-20 高知県健康政策部薬務衛生課

(様式第4号)

## 誓約書

研修期間中は、高知県の受入施設の指示に従い、規律ある行動に努め、高知県薬剤師確保インターンシップ事業実施要領中にある注意事項等を遵守し、研修することを誓います。

なお、遵守できない場合、もしくは、受入施設の業務に支障をもたらす恐れがあると判断された場合には、直ちに研修を中止することに同意いたします。

令和        年        月        日

所属大学・学部・学科・学年

住所

氏名

(様式第5号)

令和 年 月 日

高知県健康政策部薬務衛生課長 様

住 所 〒

氏 名

電話番号

高知県薬剤師確保インターンシップ事業旅費振込依頼書

研 修 期 間	年 月 日～ 年 月 日
実際の旅行内容	出発地  交通手段  帰着地  旅行期間
旅行内容確認書類	添付枚数 枚

※ 交通費の領収書、航空機搭乗券等の旅行内容を確認できる書類を添付すること。

※ 研修期間終了後、速やかに送付すること。

送付先：〒780-8570 高知市丸ノ内 1-2-20 高知県健康政策部薬務衛生課

(様式第5号)

令和 3年 8月 28日

高知県健康政策部薬務衛生課長 様

住所 〒XXX-XXXX  
××市××町1丁目2番20号  
氏名 高知 好子  
電話番号 XXX-XXXX-XXXX

## 高知県薬剤師職員確保インターンシップ事業旅費振込依頼書

研修期間	令和 3年 8月 20日 ~ 令和 3年 8月 24日
実際の旅行内容	<p>出発地 自宅(××県××市××町1丁目2番20号)</p> <p>交通手段 【往路】(8月19日発) 自宅~××駅: 徒歩 ××駅~〇〇空港: JR 〇〇空港~高知空港: 航空便 【復路】(8月25日発) 高知駅~△△駅: JR △△駅~帰省先: 徒歩</p> <p>帰着地 帰省先(△△県△△市△△町2丁目3番30号)</p> <p>旅行期間 令和3年8月19日~8月25日</p>
旅行内容確認書類	添付枚数 3枚

※ 交通費の領収書、航空機搭乗券等の旅行内容を確認できる書類を添付すること。

※ 研修期間終了後、速やかに送付すること。

送付先: 〒780-8570 高知市丸ノ内1-2-20 高知県健康政策部薬務衛生課