

## 高知県薬学部オープンキャンパス参加支援基準

### 1 目的

高知県における薬剤師確保対策の一環として、県内在住の高校生に対し県と就職支援協定を締結している薬科大学（以下「協定締結大学」という。）の開催するオープンキャンパスへの参加を支援するため、参加に要した経費の一部を県が負担するもの。

### 2 支援対象者

高知県内に居住する高校生で、本年度中に当該支援を一度も受けていない者とする。  
各協定締結大学 10 名程度とする。

### 3 支援対象経費

居住地又は住所地から目的地（協定締結大学）までの移動に要した次の（１）から（４）の交通費。

- （１）旅客輸送を行う鉄道事業者の鉄道の乗車券、急行券、特急券、指定席券等の料金又は路面電車の運賃。ただし、グリーン車利用料金は対象としない。
- （２）国内航空運送事業を営む航空会社の航空機の運賃等。
- （３）高速バス、空港連絡バス、路線バス等の乗合バスの運賃等。
- （４）自動車を利用した場合の高速道路等の利用料金。ただし、燃料代やレンタル料金等は対象としない。

### 4 支援額

1 名につき、10,000 円を上限とする。

ただし、複数人の支援対象者が一台の自動車を利用した場合の高速道路等の利用料金については、1 名のみを対象とする。

### 5 協定締結大学及び支援対象のオープンキャンパス開催期間

#### （１）協定締結大学

- ・大阪医科薬科大学
- ・神戸薬科大学
- ・東京薬科大学

#### （２）支援対象のオープンキャンパス開催期間

- ・協定締結大学が本年度 12 月末までに開催するもの。ただし、期間終了前であっても予算の上限額に達し次第、支援は終了とする。

### 6 手続き方法

- （１）支援を受けようとする者は、協定締結大学のオープンキャンパスに直接参加申込のうえ、オープンキャンパス開催日の 2 週間前までに、支援申込書（様式 1）を高知県健康政策部薬務衛生課（以下「薬務衛生課」という。）へ提出すること。（必着）

- (2) 薬務衛生課は、申込書受領後、支援対象者に参加確認票（様式2）、参加報告書（様式3）及びアンケート回答用紙を郵送するものとする。
- (3) 支援対象者は、オープンキャンパス参加時に参加確認票（様式2）を持参し、所定の欄に協定締結大学の確認印の押印を受けること。
- (4) 支援対象者は、オープンキャンパス参加後30日以内に、参加報告書（様式3）、交通費の金額が確認できる領収書等（原本）、振込先の口座（参加者本人又は保護者名義）が確認できる通帳の写し及びアンケート回答用紙を薬務衛生課へ提出すること。
- (5) 支援対象者は、オープンキャンパスへの参加を取りやめた場合は、速やかに薬務衛生課へ連絡すること。

#### 7 書類提出先・問い合わせ先

〒780-8570 高知市丸ノ内1-2-20

高知県健康政策部薬務衛生課 医薬連携推進担当

Tel:088-823-9682 FAX:088-823-9264

Email:yakuzaishi@ken.pref.kochi.lg.jp