

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、薬剤師を目指して薬学部へ進学する県内（県出身）の高校生を増やすため、高校生に対し県と就職支援協定を締結している大学（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又は高知県出身で県外に居住する高校生（高知県内の小学校又は中学校を卒業した者に限る。）で、本年度中に当該支援を一度も受けていない者とする。

支援対象者数は 35 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、関東地方 20,000 円、近畿地方 10,000 円、中国・四国地方 5,000 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

関東地方	近畿地方	中国・四国地方
東京薬科大学 薬学部 日本大学 薬学部	大阪医科薬科大学 薬学部 神戸薬科大学 薬学部 立命館大学 薬学部 神戸学院大学 薬学部 武庫川女子大学 薬学部	徳島文理大学 薬学部 徳島文理大学 香川薬学部 松山大学 薬学部 就実大学 薬学部

(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) 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送付するものとする。
- (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 その他

薬務衛生課は、必要に応じて支援対象者に対して、オープンキャンパスに参加した次年度以降にアンケートを実施する。

8 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

E-mail:yakuzaishi@ken.pref.kochi.lg.jp

高知県知事 様

高知県薬学部オープンキャンパス参加支援申込書

高知県薬学部オープンキャンパス参加支援について、下記に同意のうえ申し込みます。

参加支援申込にあたっての確認事項 ※同意いただける場合☑をしてください。

- ☐「高知県薬学部オープンキャンパス参加支援基準」を確認しました。
- ☐この参加支援の申込については、保護者に説明し同意を得ています。
- ☐県が参加者情報（学校名、学年、氏名）を大学側に提供することを了承します。

参 加 者	氏名(ふりがな)	()
	住所・電話番号	〒 電話番号 (- -)
	メールアドレス	
在籍高校名 (学年)		(年)
※県外高校の場合 出身学校名 (県内) (小学校又は中学校名)		
保護者氏名(ふりがな) 電話番号		() 電話番号 (- -)
参加する 協定締結大学名		
参　加　日		令和 年 月 日

- * オープンキャンパス参加後に交通費が確認できる領収書等（原本）の提出が必要です。
- * 本申込書は、オープンキャンパス参加日の2週間前までに提出してください。（必着）
- * オープンキャンパス参加に事前予約が必要な場合は、必ず各自で事前予約をしてください。
- * 申込書受領後、支援対象者に「参加確認票」、「参加報告書」及び「アンケート回答用紙」を郵送します。いずれも参加後に提出が必要な書類ですので、必ず参加前に受領の確認をお願いします。
- * 「参加確認票」は、参加大学に確認をいただくため、オープンキャンパス参加時に持参が必要な書類です。
- * 予算上限に達し、支援対象外となった場合は、その旨を連絡させていただきます。

【提出及び問い合わせ先】 高知県健康政策部薬務衛生課 医薬連携推進担当

〒780-8570 高知市丸ノ内 1-2-20 TEL : 088-823-9682

E-mail : yakuzaisi@ken.pref.kochi.lg.jp

【様式 2】

オープンキャンパス当日に持参し、大学の担当者様に《大学担当者様記入》欄に記入していただいでください。

高知県薬学部オープンキャンパス参加確認票

高知県から協定締結大学様へのお願い

- ・本票は、高知県が薬剤師確保対策の一環として、本県に居住する又は本県出身で県外に居住する高校生に対し貴学のオープンキャンパス参加にかかる交通費を支援するにあたり、参加を確認するために使用するものです。参加確認印の押印にご協力をお願いします。
- ・事実確認のため、本県から担当者様に連絡をさせていただく場合があります。

大 学 名	
参 加 日	令和 年 月 日
生徒氏名	
在籍高校名 (学年)	

《大学担当者様記入》

上記生徒が本学のオープンキャンパスに参加したことを確認しました。	
確 認 印	

【問い合わせ先】 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 E-mail : yakuzaisi@ken.pref.kochi.lg.jp

高知県知事 様

高知県薬学部オープンキャンパス参加報告書

薬学部オープンキャンパスへ参加しましたので必要書類を添えて報告します。

- ☐ 薬学部オープンキャンパスに参加しました。
☐ 大学による参加確認を受けた様式 2 「参加確認票」を添付しました。
☐ アンケート回答用紙を添付しました。
☐ 参加に要した交通費が確認できる領収書等（原本）を添付しました。
☐ 支援額の振込先とする参加者本人又は保護者名義の通帳の金融機関名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義が確認できるページの写しを添付しました。

オープンキャンパス参加 協定締結大学名			
オープンキャンパス 参加日		令和 年 月 日	
参 加 者	氏名（ふりがな）	()	
	住所・電話番号	〒 — (— —)	
保 護 者	※保護者欄は、支援額の振込先を保護者名義の口座とした場合のみご記入ください。		
	氏名（ふりがな）	()	
	住所・電話番号	〒 — (— —)	
振 込 先	金融機関名： 支店名： 口座種別：（ 普通・当座 ） / 口座番号： 口座名義（カナ）：		
支援申込額 （ 上限 関東 20,000 円 近畿 10,000 円 中国四国 5,000 円 ）		円	添付領収書の総額 円

※オープンキャンパス参加後、30 日以内に必要書類を添えて提出してください。

※参加を取りやめた場合は、速やかにその旨をお知らせください。

<支援対象経費>

- 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。

【提出及び問い合わせ先】 高知県健康政策部薬務衛生課 医薬連携推進担当
 〒780-8570 高知市丸ノ内 1-2-20
 TEL : 088-823-9682