

高知県保健師確保インターンシップ事業実施要領

1 目的

高知県における保健師の業務について学生等の理解を深めるとともに、県内自治体での就職を将来の進路の選択肢の一つとして検討する機会とする。

2 研修生

大学において看護学を履修し、保健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学生等で、定員は10名程度とする。

3 実施時期等

原則として、7月から9月までにおいて4日間程度実施するものとし、1日の研修時間は、午前9時から午後5時まで（移動時間含む）を目途とする。

4 研修場所

研修場所は、高知県庁、高知県福祉保健所、県内市町村（中核市を除く。）とする。

5 研修内容

県保健師及び市町村保健師の業務に関する内容とする。

6 研修生が遵守すべき事項

研修生は次の事項を遵守しなければならない。

- (1) 専ら所定の研修に従事し、研修目的の達成に努めなければならない。
- (2) 高知県職員が遵守すべき法令、条例等並びに保健政策課長及び研修生の指導、監督等を担当する職員（以下「研修担当者」という。）の指導・指示等に従わなければならない。
- (3) 研修により知り得た情報（公開されているものを除く。）を漏らしてはならない。研修終了後も同様とする。
- (4) 研修の成果として論文等を公表する場合には、事前に研修先所属長の承認を得なければならない。
- (5) 病気等のため予定されていた研修を受けることができない場合には、あらかじめ研修担当者にその旨を連絡しなければならない。やむを得ない場合は、事後速やかに研修担当者にその旨を連絡しなければならない。

7 研修に要する経費等

- (1) 研修に要する旅費（交通費及び宿泊費）は、高知県が負担する。
- (2) 支給する旅費の額は、旅行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（限度額は30,000円）とする。
- (3) 研修生が、研修の開始後に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、旅費等の費用は全て研修生の負担とする。
- (4) 高知県及び市町村は、研修生に対して、報酬・賃金、食費その他研修に伴う経済的負担を行わない。ただし、研修の実施に伴い生じる旅費（交通費及び宿泊費）については、この限りでない。

8 研修受入れ所属（県本庁・福祉保健所及び市町村）の役割

- (1) 研修受入れ所属の所属長は、研修の円滑かつ適切な実施を図るため、当該所属内において、研修担当者を指名するものとする。
- (2) 研修担当者は、インターンシップ研修の内容等を定めた研修プログラムを定めるものとする。
- (3) 研修担当者は、研修生が在籍する大学等の代表者から研修結果等についての報告を求められたときは、これを作成し、所属長の決裁を経て研修生が在籍する大学等の代表者及び保健政策課長に報告書等を提出するものとする。

9 研修参加の申込みと手続き

- (1) 研修への参加を希望する者は、様式第1号により、電子申請サービスで申し込むこと。
- (2) 保健政策課は、申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号により申込者へ通知する。
- (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、保健政策課へ送付する。
なお、学生は学生証の写し、それ以外の者は保健師免許の写しを添付すること。
- (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・宿泊費の領収書、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、保健政策課へ送付すること。
- (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保健政策課に提出すること。

10 研修の中止

保健政策課長は、次の(1)から(4)までのいずれかに該当すると認めるときは、研修の全部又は一部を中止することができる。

- (1) 研修生が6の規定による遵守すべき事項に従わない場合その他研修を継続することが困難であるとき。
- (2) 研修を実施又は継続することにより業務に支障が生じ、又はそのおそれがあるとき。
- (3) 研修の目的を達成することが困難であるとき。
- (4) 天災地変その他予期することのできない事由により研修生の受入れを中止すべきと考えられるとき。

11 研修中の事故等

- (1) 保健政策課は、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) 研修生は、研修中の事故に関しては、自らの責任において対応しなければならない。
- (3) 研修生の研修中又は研修先との往復途上等での県及び市町村の責めによらない事故・災害に対しては、県及び市町村は一切の責任を負わないものとする。

(附則)

この要領は、令和7年3月24日から施行する。

(様式第1号)

令和 年 月 日

高知県健康政策部保健政策課長 様

住 所 〒

氏 名
電話番号

高知県保健師確保インターンシップ事業参加申込書

つぎのとおり、高知県保健師確保インターンシップ事業に参加したいので申し込みます。

大学名(所属)	大学	学部	学科
	年生 (研究室)
生年月日(年齢)	昭和・平成	年 月 日 (歳)	性別 男・女
連絡可能な電話番号及び電子メールアドレス	電話番号 : メールアドレス :		
帰省先等連絡先 (申込者に連絡がとれない場合の連絡先について記載)	住 所 〒 電話番号		
研修を希望するプログラムを別紙から選択し、希望する順位を記載すること(希望がない場合は記載しない)			
第1希望 :			
第2希望 :			
第3希望 :			
研修を受けたい業務内容			
参加の動機			

(様式第2号)

第 号
令和 年 月 日

様

高知県健康政策部保健政策課

高知県保健師確保インターンシップ事業参加の決定について（通知）

このことについて、下記のとおり決定しました。

なお、高知県保健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、速やかに保健政策課あてにその旨を連絡してください。

記

1 研修者

2 研修場所

1日目：

2日目：

3日目：

4日目：

3 研修期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで

高知県健康政策部保健政策課長 様

住 所 〒

氏 名
電話番号

高知県保健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	<p>《県外⇒高知県への移動》※県内在住の場合は記載不要</p> <p>日時：令和 年 月 日</p> <p>出発地 自宅（住所： ）</p> <p>交通手段</p> <p>高知県内での宿泊先 （実家・知人宅・ホテル・その他）※該当するものに○ 住所：</p>
	<p>《県内移動》</p> <p>【1日目】</p> <p>日時：令和 年 月 日</p> <p>研修場所：</p> <p>出発地 （実家・知人宅・ホテル・その他）※該当するものに○ 住所：</p> <p>交通手段 （往路） （復路）</p> <p>帰着地 （実家・知人宅・ホテル・その他）※該当するものに○ 住所：</p>

旅行の内容	<p>《県内移動》</p> <p>【2日目】 日時：令和 年 月 日 研修場所：</p> <p>出発地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：</p> <p>交通手段 (往路) (復路)</p> <p>帰着地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：</p>
	<p>《県内移動》</p> <p>【3日目】 日時：令和 年 月 日 研修場所：</p> <p>出発地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：</p> <p>交通手段 (往路) (復路)</p> <p>帰着地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：</p>

(様式第3号)

旅行の内容	《県内移動》 【4日目】 日時：令和 年 月 日 研修場所： 出発地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所： 交通手段 (往路) (復路) 帰着地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：
	《高知県⇒県外への移動》※県内在住の場合は記載不要 日時：令和 年 月 日 高知県内での宿泊先 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所： 交通手段 帰着地 自宅(住所：)
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 高知県高知市丸ノ内1-2-20

高知県健康政策部保健政策課 保健師確保インターンシップ事業担当宛て

令和 年 月 日

高知県健康政策部保健政策課長 様

住所 〒
氏名
電話番号

高知県保健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	<p>《県外⇒高知県への移動》※県内在住の場合は記載不要</p> <p>日時：令和7年8月19日</p> <p>出発地 自宅（住所：××県××市××町1丁目2番20号）</p> <p>交通手段 自宅～××駅：徒歩 ××駅～〇〇空港：JR 〇〇空港～高知空港：航空便 高知空港～高知駅：バス 高知駅～高知県内での宿泊先：バス</p> <p>高知県内での宿泊先 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：高知県〇〇市〇〇町1丁目2番20号</p>
	<p>《県内移動》</p> <p>【1日目】 日時：令和7年8月20日 研修場所：高知県庁</p> <p>出発地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：高知県〇〇市〇〇町1丁目2番20号</p> <p>交通手段 (往路) 自宅～〇〇駅：徒歩 〇〇駅～高知駅：JR (復路) 往路と同様</p> <p>帰着地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：高知県〇〇市〇〇町1丁目2番20号</p>

旅行の内容	<p>《県内移動》</p> <p>【2日目】 日時：令和7年8月21日 研修場所：安芸福祉保健所</p> <p>出発地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：高知県〇〇市〇〇町1丁目2番20号</p> <p>交通手段 (往路) 自宅～〇〇駅：徒歩 〇〇駅～安芸駅：JR (復路) 往路と同様</p> <p>帰着地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：高知県〇〇市〇〇町1丁目2番20号</p>
	<p>《県内移動》</p> <p>【3日目】 日時：令和7年8月22日 研修場所：安芸市</p> <p>出発地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：高知県〇〇市〇〇町1丁目2番20号</p> <p>交通手段 (往路) 自宅～〇〇駅：徒歩 〇〇駅～安芸駅：JR 安芸駅～安芸市役所：徒歩 (復路) 往路と同様</p> <p>帰着地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：高知県〇〇市〇〇町1丁目2番20号</p>

(様式第3号)

	<p>《県内移動》</p> <p>【4日目】 日時：令和7年8月23日 研修場所：高知県庁</p> <p>出発地 (実家) 知人宅・ホテル・その他 ※該当するものに○ 住所：高知県〇〇市〇〇町1丁目2番20号</p> <p>交通手段 (往路) 自宅～〇〇駅：徒歩 〇〇駅～高知駅：JR (復路) 往路と同様</p> <p>帰着地 (実家) 知人宅・ホテル・その他 ※該当するものに○ 住所：高知県〇〇市〇〇町1丁目2番20号</p>
	<p>《高知県⇒県外への移動》※県内在住の場合は記載不要</p> <p>日時：令和7年8月24日</p> <p>高知県内での宿泊先 (実家) 知人宅・ホテル・その他 ※該当するものに○ 住所：高知県〇〇市〇〇町1丁目2番20号</p> <p>交通手段 自宅～高知空港：家族の送迎 高知空港～〇〇空港：航空便 〇〇空港～××駅：JR ××駅～自宅：徒歩</p> <p>帰着地 自宅（住所：××県××市××町1丁目2番20号）</p>
振込先口座	別添「旅費債権者登録（変更）申請書」のとおり

(様式第4号)

誓約書

研修期間中は、高知県及び市町村の受入れ施設の指示に従い、規律ある行動に努め、高知県保健師確保インターンシップ事業実施要領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、受入れ施設の業務に支障をもたらすおそ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

令和 年 月 日

高知県健康政策部保健政策課長 様

住 所 〒

氏 名
電話番号

高知県保健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	<p>《県外⇒高知県への移動》※県内在住の場合は記載不要</p> <p>日時：令和 年 月 日</p> <p>出発地 自宅（住所： ）</p> <p>交通手段</p> <p>高知県内での宿泊先 （実家・知人宅・ホテル・その他）※該当するものに○ 住所：</p>
	<p>《県内移動》</p> <p>【1日目】</p> <p>日時：令和 年 月 日</p> <p>研修場所：</p> <p>出発地 （実家・知人宅・ホテル・その他）※該当するものに○ 住所：</p> <p>交通手段 （往路） （復路）</p> <p>帰着地 （実家・知人宅・ホテル・その他）※該当するものに○ 住所：</p>

実際の旅行内容	<p>《県内移動》</p> <p>【2日目】 日時：令和 年 月 日 研修場所：</p> <p>出発地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：</p> <p>交通手段 (往路) (復路)</p> <p>帰着地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：</p>
	<p>《県内移動》</p> <p>【3日目】 日時：令和 年 月 日 研修場所：</p> <p>出発地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：</p> <p>交通手段 (往路) (復路)</p> <p>帰着地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：</p>

(様式第5号)

実際の旅行内容	《県内移動》 【4日目】 日時：令和 年 月 日 研修場所： 出発地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所： 交通手段 (往路) (復路) 帰着地 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所：
	《高知県⇒県外への移動》※県内在住の場合は記載不要 日時：令和 年 月 日 高知県内での宿泊先 (実家・知人宅・ホテル・その他) ※該当するものに○ 住所： 交通手段 帰着地 自宅(住所：)

※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 高知県高知市丸ノ内1-2-20

高知県健康政策部保健政策課 保健師確保インターンシップ事業担当宛て