

高知県獣医師職員確保インターンシップ事業実施要領

1 目的

高知県庁における獣医師の業務について、獣医科大学の学生等に理解を得るとともに、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

大学において獣医学を履修す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6名程度とする。

3 実施時期等

原則として、大学の夏休み期間である7月から9月までの連続した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。

4 受入施設

研修生を受け入れる実習機関（以下「受入施設」という。）は別表のとおりとし、研修ごとの受入施設については、その都度、健康政策部及び農業振興部の関係機関が協議し決定する。

5 研修内容

- (1) 薬務衛生課の業務について（小動物管理センターの見学を含む。）
- (2) 食肉衛生検査所の業務について
- (3) 衛生環境研究所の業務について
- (4) 福祉保健所での獣医師の業務について
- (5) 畜産振興課の業務について
- (6) 畜産試験場の業務について
- (7) 家畜保健衛生所での獣医師の業務について

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、宿泊費）は、高知県が負担する。
- (2) 支給する旅費の額は、旅行（大学と受入施設相互間を限度とする。）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。

7 研修の申込みと手続き

- (1) 研修の受講を希望する者は、様式第1号に必要事項を記載し、高知県健康政策部薬務衛生課（以下「薬務衛生課」という。）あてに、原則、6月15日までに郵送で申し込むこと。
- (2) 薬務衛生課は、申込みのあった者から研修生を6月末を目途に決定し、様式第2号により申請者へ通知すると共に、大学へも通知する。
ただし、申込者数が定員数を超過研修に支障をきたすと判断した際には、書類審査等により選考し、研修生を決定する。
- (3) 研修生は決定通知を確認次第速やかに、様式第3号に、旅費債権者登録（変更）

申請書を添付のうえ、薬務衛生課へ送付する。

- (4) 研修生は、様式第4号により実習に係る「誓約書」を作成し、薬務衛生課に郵送又は研修期間の初日に持参すること。
- (5) 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、薬務衛生課へ送付すること。
- (6) 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、研修生においても、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、研修への出発時及び終了時に、大学又は担当教授に必要な指示を仰ぐこと。
- (2) 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。
- (3) 研修に使用する白衣、長靴等は受入施設で準備するが、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。
- (4) 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。
- (5) 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、宿泊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25年4月1日から施行する。
- この要領は、平成27年4月1日から施行する。
- この要領は、平成28年3月1日から施行する。
- この要領は、平成31年3月14日から施行する。
- この要領は、令和3年4月30日から施行する。

別表

所属名称		所在地	業務内容
健康政策部	薬務衛生課	高知市丸ノ内1丁目2番20号	1. 食品衛生に関すること。 2. 食肉衛生に関すること。 3. 食鳥処理等の衛生に関すること。 4. 狂犬病予防に関すること。 5. 動物の愛護及び管理に関すること。 6. 化製場等に関すること。
	衛生環境研究所	高知市丸ノ内2丁目4番1号	1. 食中毒・感染症の病原体検査に関すること。 2. 食品安全に係る理化学検査に関すること。
	福祉保健所	安芸市、香美市、佐川町、須崎市、四万十市	食品衛生、狂犬病予防、動物の愛護及び管理に関すること。
	食肉衛生検査所	四万十市不破出来島2058-1	食肉検査に関すること。
農業振興部	畜産振興課	高知市丸ノ内1丁目7番52号	1. 家畜伝染病の予防に関すること。 2. 家畜衛生に関すること。 3. 動物用医薬品に関すること。 4. 家畜の改良増殖に関すること。 5. 畜産振興に関すること。 6. 畜産物の消費流通に関すること。 7. 獣医師及び獣医療に関すること。
	畜産試験場	高岡郡佐川町中組1247	家畜の品種改良及び新品種開発などの技術開発。
	家畜保健衛生所	本所：土佐市、四万十市 支所：香美市、田野町、土佐町、 梶原町、四万十町	1. 家畜伝染病予防のための各種検査等に関すること。 2. 家畜衛生に関すること。 3. 獣医療施設及び動物用医薬品販売店舗に関すること。 4. 畜産農家の経営安定に関すること。

(様式第1号)

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

高知県獣医師職員確保インターンシップ事業受講申請書

つぎのとおり、高知県獣医師職員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*	年 月 日 ~	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		
自治体による修学資金貸付制度の利用について	利用していない 利用している (自治体名:)		
興味のある分野・将来専攻したい分野			
受講の動機・高知県を志望する理由			
大 学 学 部 長・学 科 長 又 は 就 職 担 当 部 の 推 薦 欄			
上記の者の受講を推薦いたします。			
大 学		学 部	
推 薦 者 氏 名		印	

※薬務衛生課が指定する期間から選択すること

(様式第2号)

第 年 月 日
第 年 月 日

様

高知県健康政策部薬務衛生課長

高知県獣医師職員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、つぎのとおり決定しました。

なお、高知県獣医師職員確保インターンシップ事業実施要領を熟読のうえ、参加いただきますようお願いいたします。

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御連絡ください。

1 研修者

2 研修場所

(1)

(2)

(3)

3 研修期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

(様式第3号)

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

高知県獣医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	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 宿泊日数
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 7月 2日

高知県健康政策部薬務衛生課長 様

住 所 〒780-8570
高知市丸ノ内1-2-20
氏 名 高知 好子
電話番号 088-823-9673

高知県獣医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 9月 2日 ~ 令和3年 9月 6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】(9月1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】(9月8日発) 高知駅~△△駅:JR △△駅~帰省先:徒歩</p> <p>帰着地(帰着地が自宅の場合は帰省先の記載不要) 帰省先(△△県△△市△△町2丁目3番30号)</p> <p>旅行期間 令和3年9月1日~9月8日</p> <p>宿泊日数 計7泊</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、高知県獣医師職員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。

年 月 日

所属大学・学部・学科・学年

住所

氏名

印

(様式第5号)

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

高知県獣医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	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 宿泊日数
旅行内容確認書類	添付枚数 枚

※ 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 〒780-8570
高知市丸ノ内1-2-20
氏 名 高知 好子
電話番号 088-823-9673

高知県獣医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 9月 2日 ~ 令和3年 9月 6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21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27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9月1日~9月8日</p> <p>宿泊日数 計7泊</p>
旅行内容確認書類	添付枚数 3枚

※ 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