長崎県獣医師インターンシップ研修実施要領

1　目的

この要領は、長崎県農林部畜産課が実施する獣医学専攻の学生就業体験受入れ制度（以下「インターンシップ研修」という。）を実施するに当たって必要な事項を定める。

2　趣旨

本インターンシップ研修をとおして、獣医学専攻の学生（以下「研修生」という）に産業動物診療や家畜衛生行政等への理解を深めてもらうとともに、本県の魅力を知ってもらうことにより、産業動物診療獣医師及び県職員獣医師確保を図る。

3　受入先

研修生の受入先は、家畜保健衛生所とする。

4　対象者

研修生は、獣医系大学の教育課程1～6学年にあって大学教官に推薦された者とする。ただし、長崎県獣医師確保修学資金貸与事業の貸与生は対象としない。

5　受入条件

（1）受入人数

受入人数は6名とするが、予算の範囲内で研修生を受入れることができるものとする。

（2）研修に係る経費

県は、研修生がインターンシップ研修の参加に要する往復の交通費（53，000円上限）及び宿泊費（25，000円上限）を県の旅費規程に準じて支払うものとする。

（3）服務遵守等

研修生は、研修期間中、受入先の指導、監督等に従わなければならない。

（4）秘密の保持

研修生は、研修期間中に知ることができた秘密を漏らしてはならない。研修終了後も同様とする。

6　受入手続

研修を希望する者は、次の書類を県が示す期日までに長崎県農林部畜産課に提出しなければならない。

（1）長崎県獣医師インターンシップ研修受講申込書（様式1）

（2）長崎県獣医師インターンシップ研修を希望する理由（様式2）

（3）誓約書（様式3）

（4）傷害保険及び賠償責任保険に加入していることがわかる書類等の写し

7　実施期間及び内容

県は、別に定める期間及び内容でインターンシップ研修を実施する。

8 受講決定通知書等

県は、提出書類を基に選考し、研修生を決定する。決定した際は、研修生へ「長崎県獣医師インターンシップ研修受講決定通知書」（様式4）を交付するとともに、研修生が属する大学の学長あてに「長崎県獣医師インターンシップ研修受講決定について」（様式5）を送付するものとする。

9 報告書

研修生は、研修の成果をまとめ、「長崎県獣医師インターンシップ研修報告書」（様式6）を研修終了後、速やかに県に提出しなければならない。

10 研修成果の発表

県は、研修の実施結果を研修生の個人情報に関する事項を除いてホームページ等で公表することができる。

11 その他

（1）研修生は、インターンシップ研修に関するすべての事故に対して、自らの責任において対応しなければならない。

（2）研修生がこの要領の規定に従わない等、研修態度等に問題がある場合のほか、研修を継続することにより業務に支障を生じ、若しくは支障を生じることが予見できる場合又は当該研修の目的を達成することが困難であると認められる場合には、研修期間終了前であっても研修を中止できる。

12 施行

この要領は、平成25年6月6日から施行する。

この要領は、令和4年6月28日から施行する。

この要領は、令和6年6月4日から施行する。

（様式1）

長崎県獣医師インターンシップ研修受講申込書

令和　年　月　日

長崎県畜産課長　様

住　所
氏　名

長崎県獣医師インターンシップ研修を希望しますので、関係書類を添えて申請します。

（ふりがな） 氏　名		出身地	
住　所 連 絡 先	〒 電話：　　携帯： メールアドレス：		
所　属	大学　　学部　　学科 年生		
第1希望：令和　年　月　日～　月　日（　地区） 第2希望：令和　年　月　日～　月　日（　地区）			
大学教官の推薦			

（様式2）

長崎県獣医師インターンシップ研修を希望する理由

1　希望理由（長崎県で研修を受けようと考えた理由、長崎県との係わり等を記入して下さい）

2　将来の進路（産業動物診療、公務員獣医師それぞれについて記入して下さい）

3　長崎県の印象

4　長崎県内への就職の意向について

（様式3）

誓 約 書

研修期間中は、研修主催者の指示に従い、規律ある行動に努め、長崎県獣医師インターンシップ研修実施要領を守り、研修することを誓います。

令和　年　月　日

＿＿＿＿＿大学＿＿＿＿＿学部

＿＿＿＿＿学科＿＿＿＿＿年

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（様式4）

番　　号
令和　年　月　日

長崎県獣医師インターンシップ研修受講決定通知書

（研修生名）　様

長崎県畜産課長
（ 公 印 省 略 ）

記

1 研修生名

2 研修期間　令和　年　月　日（　）から
　　令和　年　月　日（　）まで

3 研修場所

（様式5）

番　　号
令和　年　月　日

〇〇大学長 様

長崎県畜産課長
（ 公 印 省 略 ）

長崎県獣医師インターシップ研修受講決定について

下記の学生に対し受講決定を通知しましたのでお知らせします。

記

・受講者
　〇〇学部獣医学科〇年
　〇〇 〇〇

（様式6）

長崎県獣医師インターンシップ研修報告書

令和　年　月　日

研修生氏名：

大　学　名：

	年 月 日	研 修 内 容
1	令和 年 月 日	
2	令和 年 月 日	
3	令和 年 月 日	
4	令和 年 月 日	
5	令和 年 月 日	

感想

・研修で一番良かったこと

・改善してほしいこと

・長崎県内への就職について