

令和7年度 保健師のインターンシップ（職場体験）支援事業 実施要項

福島県県北保健福祉事務所

1 目的

地域医療に関心を持つ看護学生及び看護職に対して県北地域の市町村で実施されているインターンシップ（職場体験）の情報提供及び参加に係る費用（交通費及び宿泊費等）を助成し、インターンシップを実施する市町村（以下、「実施市町村」という。）を支援することで、県北地域の保健師確保を目指す。

2 内容

実施市町村でのインターンシップを希望する学生及び看護職へ交通費、宿泊費及び傷害保険料を助成する。

3 対象者

県北地域の保健福祉に関心があり、実施市町村でインターンシップ（職場体験）を希望する看護学生及び看護職免許取得者（高校生を除く）。

4 募集定員 10名程度（予算に達するまで）

5 助成費用

旅費、宿泊費を県の規定に基づいて支払う。また、傷害保険料を負担する。助成回数は年度内1人1回までとする。

旅費、宿泊費は2泊3日の行程を上限とし、一人当たりの上限額は3万円とする。

ただし、県内の看護職養成学校に通学中の者又は県内に実家がある者は、そのいずれか実施市町村に近い方からの旅費を支払う。

インターンシップ終了後、必要書類を提出していただき、約1か月後に参加者の口座に振り込む。

6 申請期間

令和7年8月5日（火）～12月26日（金）でインターンシップ実施日の2週間前まで当所に申請する。

7 申込方法

- (1) 当所に申し込みが可能か（募集定員に達していないか）を電話にて確認をする。
- (2) 希望する実施市町村に申し込み、担当者と日程調整を行う。
- (3) 日程確定後、インターンシップ実施日の2週間前までに当所に電話連絡後、必要書類（①別紙1「費用助成申込書」、②通帳の写し、③別紙2「行程表」、④学生証の写し）を提出する。
- (4) インターンシップ終了後、1週間以内に当所に必要書類（①別紙3「インターンシップ参加証明書」、②別紙4「事後アンケート」）を提出する。

8 周知方法

- (1) 本事業のチラシを作成し、県内の看護学校・看護協会等へ周知を依頼する。
- (2) 実施市町村の一覧を作成し、当所のホームページ等で周知する。
- (3) 大学や看護学校の講義や実習の際にインターンシップについて周知する。
- (4) 福島県市町村行政課や広報課が運営する公式SNSに掲載を依頼し、周知する。

9 申込み・問合せ先

福島県県北保健福祉事務所 総務企画課

〒960-8012 福島市御山町 8-30

電話：024-534-4104 FAX：024-534-4105

E-mail：kenpokuhofuku_kikaku@pref.fukushima.lg.jp