

<事業の流れ>

対応者			時期	内容
学生・ 保健師免許 取得者	市町村	県南保健福 祉事務所		
		○	令和8年3月26日(木)	管内の市町村に本事業の周知、インターンシップ情報の照会(参加意向確認)
	○		令和8年4月15日(水) まで	インターンシップ情報報告書を保健福祉事務所に提出する。
		○	随時	市町村のインターンシップ情報を当所のホームページに掲載する。 インターンシップ情報をまとめたチラシを作成するとともに、看護学校や看護協会等に配布し、周知を依頼する。
	○	○	随時	様々な機会を通し、インターンシップの周知をする。
○			随時	参加費用の助成を希望する場合、申込が可能かどうか(募集定員に達していないか)を保健福祉事務所に電話で確認する。
○			随時	希望する市町村にインターンシップを申し込む。
○	○			インターンシップ受入日程調整、受入日確定
○			インターンシップ実施日 の3週間前まで	行政手続オンライン申請サービス(WEB)または電話で保健福祉事務所に申し込む。 また、費用助成に必要な書類を郵送またはメールで保健福祉事務所に提出する。 <必要書類> ①費用助成申込書 ②通帳の写し ③行程表 ④(学生の場合)学生証の写し
		○		対象者へ、インターンシップ終了後に提出が必要な書類一式を郵送する。
○	○		インターンシップ当日	インターンシップ実施。
○	○			インターンシップ参加証明書に市町村担当者から記名押印をもらう。
○			インターンシップ終了後 1週間以内	保健福祉事務所に費用助成に必要な書類を郵送で提出する。 <必要書類> ①インターンシップ参加証明書 ②行程表(実績報告) ③事後アンケート ④その他、当所が指定する書類
		○	書類提出から約1か月後	対象者へ費用助成の決定通知を郵送する。 旅費等の振込。
	○	○	年度末	インターンシップの受入市町村に事後アンケートを実施。
○		○	年度末	前年度に当事業を活用し、今年度卒業見込みの学生等に、卒業後の進路に関するアンケート調査を実施。