

<事業の流れ>

※インターンシップ（職場体験）実施機関は「実施機関」と記載

| 対応者 | | | 時 期 | 内 容 |
|--------|------|-----|-----------------|--|
| 学生・看護職 | 実施機関 | 保健所 | | |
| | | ○ | 令和6年1月25日（木） | 会津・南会津管内の市町村及び医師会、病院等へ本事業を周知する。 |
| | ○ | | 随時 | 実施機関は、ホームページ掲載内容確認表を提出する。 内容に変更があった場合は、保健所に連絡後変更点を提出する。 |
| | | ○ | 随時 | 実施機関から提出のあった内容を当所のホームページ等に掲載。チラシを作成し配布する。（随時更新） チラシは実施機関のインターンシップ周知の際にも配布してもらう。 長期休みの前に、SNS等でも周知を行う。 |
| Z | | | 令和6年4月9日（火） | 4月9日（火）までに提出のあった実施機関を掲載したチラシを第一弾として看護養成学校・実施機関等へ配布する。 |
| | ○ | ○ | 随時 | インターンシップの周知 |
| ○ | | | 随時 | 希望する実施機関にインターンシップを申し込む |
| ○ | ○ | | | インターンシップ受入れの決定及び日程調整（適宜、保健所も支援） |
| ○ | | | インターンシップの2週間前まで | インターンシップの2週間前までに費用助成を会津保健福祉事務所に電話で申し込む。 |
| ○ | | | インターンシップの10日前まで | 必要書類を郵送で提出する。 （1）申込書・振込先確認書 （2）通帳の写し （3）行程表 （4）学生証の写し |
| | | ○ | インターンシップの前日まで | 助成の決定通知及び事後アンケート、参加証明書を郵送する。 |
| ○ | ○ | | | インターンシップ実施 |
| ○ | ○ | | インターンシップ当日 | インターンシップ参加証明書に担当者から押印をもらう。 |
| ○ | | | インターンシップの1週間後まで | インターンシップ終了後1週間以内に必要書類を提出する。 （1）インターンシップ参加証明書 （2）事後アンケート |
| | | ○ | 書類提出後約1か月後 | 旅費等の振り込み |
| | | ○ | | 本事業を利用した学生を受け入れた市町村及び医療機関等へ事後アンケートを送付する（年度末） |
| | ○ | | | 事後アンケートを提出する。 |
| | | ○ | | 事後アンケートの集計及び結果の周知 |