

## 令和8年度新潟県福祉保健部保健師インターンシップ実施要項

新潟県福祉保健部では、難病・感染症対策、母子保健、健康増進、介護予防など本県保健師の業務に興味を持ってもらうため、以下のとおりインターンシップを実施します。

### 1 対象者

看護系大学等に在籍し、保健師の資格取得を目指す者

### 2 実習場所・実習期間等

実習場所	実施期間	定員	電子申請申込期間
新発田保健所	8月24日（月）～8月27日（木） 午前8時30分～午後5時15分	2人	5月29日（金）～ 6月17日（水）
三条保健所	8月26日（水）～8月28日（金） 午前10時00分～午後4時00分	2人	
長岡保健所	8月5日（水）～8月7日（金） 午前9時00分～午後4時00分	3人	
南魚沼保健所	8月19日（水）～8月21日（金） 午前8時30分～午後5時15分	2人	
上越保健所	8月25日（火）～8月28日（金） 午前10時00分～午後4時00分	3人	
県庁 （福祉保健部関係課）	8月24日（月）～8月26日（水） 午前9時00分～午後5時00分	4人	

### 3 実習内容

- 保健所又は県庁の福祉行政施策（難病・感染症対策、母子保健、健康増進、介護予防など）に従事する職員の補助的業務
- 会議資料の作成、庁内業務説明への同席、会議への出席（傍聴）等

### 4 受入条件

#### (1) 報酬等

学生実習生には、賃金、報酬、手当、旅費、食費、宿泊費等は支給しない

#### (2) 服務

服務規程の遵守（受入れ決定後に遵守する旨の誓約書を提出）

**【服務規程】**

- ① 県の職務の信用を傷つけ、又は不名誉となるような行為をしてはならない。
- ② 実習中に知り得た秘密を漏らしてはならない。実習終了後も同様とする。

(3) 保険加入

実習中の事故に備え、各自で傷害保険に加入

**5 申込手続・問合せ**

新潟県電子申請システムから申込みを行ってください。後日、受入可否についてご連絡いたします。

その後、在籍する教育機関を通じて「保健師インターンシップ申込書(別記様式)」を別途連絡する期限までに提出してください。

後日、決定通知書を教育機関宛てに送付します。

また、本実習に関する問合せも、以下までお願いします。

**【連絡先・申込書提出先】**

〒950-8570 新潟県新潟市中央区新光町4番地1

新潟県福祉保健部福祉保健総務課総務係 保健師インターンシップ担当 宛

電話：025-280-5173 FAX：025-283-3466

E-mail：[ngt040210@pref.niigata.lg.jp](mailto:ngt040210@pref.niigata.lg.jp)