

愛媛県薬剤師確保修学資金支援制度に係る指定病院の指定等取扱要領

1 目的

本要領は、愛媛県薬剤師確保修学資金支援制度運用要綱（以下「要綱」という。）第5条第5項の規定に基づき、愛媛県内の病院薬剤師少数区域に所在する病院が、指定病院としての指定を受けるために必要な申請手続き等について定めることを目的とする。

2 申請要件

指定病院として指定を受けるための病院の要件は次のとおりとする。

- (1) 国が公表した薬剤師偏在指標において、病院薬剤師少数区域とされた二次医療圏内に所在すること。
- (2) 要綱別表に定める次の基準を満たすこと。
 - ア 愛媛大学医学部附属病院（以下「大学病院」という。）での研修を終えた卒後薬剤師を受け入れる際の給与水準は、概ね、年収 430 万円以上（基本給、賞与及び資格等手当の合計（住居・通勤手当等を除く））であること。
 - イ 卒後薬剤師に対して愛媛県薬剤師確保対策地域連携プロジェクト協議会（以下「協議会」という。）が指定する教育プログラムに基づく教育を行う体制があること。
 - ウ 卒後薬剤師に対し、定期的に面談を実施する体制があること。
- (3) 制度の公平性を担保するため、卒後薬剤師の要綱に基づく勤務期間中は、奨学金返還支援等の独自制度を適用しないこと。

3 申請手続き

- (1) 申請期間
 - ア 毎年度の協議会が指定する期日までに申請書類を提出すること。
 - イ 期日等は協議会から別途通知する。
- (2) 申請方法

指定病院指定申請書（様式 1）に必要事項を漏れなく記入し、必要書類を添付して、協議会事務局まで郵送で提出すること。

《協議会事務局》

〒790-8570

松山市一番町4丁目4-2

愛媛県薬務衛生課薬事係

4 審査及び指定

- (1) 協議会は、提出された書類を基に、申請要件への適合性を審査し、審査結果を申請者に書面にて通知する。
- (2) 指定された病院の雇用条件（給与、勤務体制等）等に関する情報は、修学資金支援

制度の利用希望者募集時まで協議会から松山大学に提供し、学生に周知する。

- (3) 協議会は、修学資金制度利用者に修学資金の貸与を開始する年度内に、勤務する指定病院の選定を行い支援制度利用者に通知するとともに、選定結果を全ての指定病院に通知する。

5 指定後の措置

- (1) 指定病院は卒後薬剤師を受け入れた年度の4月（指定病院勤務開始時期）に、協議会に負担金（受入1名につき30万円+事務手数料（協議会から大学病院に研修委託料を支払う際の振込手数料））を支払うものとする。
- (2) 指定病院は、卒後薬剤師に対し、協議会が指定する教育プログラムに基づく教育を実施するとともに、県担当職員の同席のもと定期の面談を実施すること。

6 指定の変更、辞退及び取消し

- (1) 指定病院指定申請書の記載事項に変更があった場合は遅延なく指定病院変更届出書（様式2）により協議会に報告すること。
- (2) 指定を辞退する場合（指定要件を満たさなくなった場合を含む）は速やかに協議会に連絡し、指定病院辞退申請書（様式3）により指定の取消しを申請すること。
- (3) 協議会は、上記（2）の報告があった場合、指定を取り消す。

《問合せ先》

愛媛県薬剤師確保対策地域連携プロジェクト協議会事務局

愛媛県薬務衛生課 薬事係

電話番号 089-912-2391

E-mail yakumueisei@pref.ehime.lg.jp

様式 1

指定病院指定申請書

愛媛県薬剤師確保対策地域連携
プロジェクト協議会長 様

申請者名
所 在 地
代表者名 ㊟

愛媛県薬剤師確保修学資金支援制度に係る指定病院として指定を受けたいので、愛媛県
薬剤師確保修学資金支援制度に係る指定病院の指定等取扱要領 3 に基づき申請します。

1 雇用条件の概要

病院名	
勤務地	
勤務時間	
勤務形態	(夜勤、当直等)
休日・休暇	
給与 (月額)	(卒後薬剤師受入時 (以下同じ))
資格手当の額	
昇給・賞与の額	
その他諸手当の種類 及びその額	(住居・通勤手当等)
社会保険加入状況	
主な業務内容	

2 教育プログラム実施体制

教育実施部署名	
教育実施責任者の職・氏名	
教育実施担当者の職・氏名	

3 面談実施体制

面談実施部署名	
面談実施責任者の職・氏名	
面談実施担当者の職・氏名	

4 卒後薬剤師の要綱に基づく勤務期間における奨学金返還支援等の独自制度適用有無

☐有（適用あり）

☐無（適用なし）

※有の場合、指定病院として指定することはできません。

5 負担金の支払い

愛媛県薬剤師確保修学資金支援制度運用要綱第 10 条の規定に基づく愛媛県薬剤師確保対策地域連携プロジェクト協議会への負担金の支払い意向

☐有（支払い意向あり）

☐無（支払い意向なし）

※無の場合、指定病院として指定することはできません。

【添付書類】

- ・就業規則、給与規程等
- ・その他、協議会が必要と認める資料

様式 2

指定病院変更届出書

愛媛県薬剤師確保対策地域連携
プロジェクト協議会長 様

申請者名
所 在 地
代表者名 ㊟

愛媛県薬剤師確保修学資金支援制度に係る指定病院として以下のとおり変更があったので愛媛県薬剤師確保修学資金支援制度に係る指定病院の指定等取扱要領 6（2）に基づき報告します。

変更年月日	変更事項	変更前	変更後

様式 3

指定病院辞退申請書

愛媛県薬剤師確保対策地域連携
プロジェクト協議会長 様

申請者名

所 在 地

代表者名

④

愛媛県薬剤師確保修学資金支援制度に係る指定病院の指定を辞退したいので、愛媛県薬剤師確保修学資金支援制度に係る指定病院の指定等取扱要領 6（2）に基づき、指定の取消しを申請します。

《辞退理由》