

## 鳥取県公務員獣医師インターンシップ実施要領

### 1 目的

県内外の獣医師を対象に、鳥取県公務員獣医師の職場体験（インターンシップ）を開催することにより、鳥取県公務員獣医師への就職意欲を促し、公務員獣医師の確保を図る。

### 2 実施概要

鳥取県の公務員獣医師が勤務する職場を見学、体験することで公務員獣医師の役割、責任、業務内容を理解し、鳥取県職員として就業する意欲を促進させる。

#### (1) 対象

獣医師でかつ、鳥取県公務員獣医師の業務内容に興味があり、就職を検討している者。  
職歴等は不問とする。

#### (2) 実施期間・実施場所

原則、事業実施年度の5月から翌年2月まで  
実施日時・期間・実施場所は申込者と相談のうえ、計画立案する。

#### (3) 実施対象機関

県組織のうち獣医師が配属されている所属

(例) 各家畜保健衛生所、畜産試験場、中小家畜試験場、衛生環境研究所、食肉衛生検査所 等

#### (4) 実施内容

家畜衛生指導、家畜病性鑑定、と畜検査、食品検査、動物愛護、公衆衛生行政、家畜衛生行政等の業務体験、職場見学

### 3 手続

#### (1) 参加申し込み

参加希望者は様式第1号の申込書を原則実施開始希望日の1か月前までに、畜産振興局家畜防疫課へ郵送、メール、FAXのいずれかの方法により提出する。電話での事前連絡が望ましい。

送付先（連絡先）：郵便番号680-8570

鳥取市東町1丁目220

鳥取県農林水産部畜産振興局家畜防疫課

電話：0857-26-7287 FAX：0857-26-7292

メール：kachiku-boueki@pref.tottori.lg.jp

#### (2) 協議

申込書を受付後、速やかに参加申込者と相談のうえ実施計画を作成し、参加申込者に郵送、メール、FAXのいずれかの方法で提示する。その計画を確認後、様式第2号鳥取県公務員獣医師インターンシップ参加確認書を畜産振興局家畜防疫課へ提出する。

#### (3) 参加決定

参加決定後、申込者に通知する。あわせて社会人獣医師インターンシップ支援事業費補助金交付申請の手続きを開始する。

#### (4) 参加の中止

申込者の事情によりやむを得ない理由で参加を中止する場合は、遅延なく速やかに畜産振興局家畜防疫課に連絡をする。

#### 4 その他

- (1) 職場体験終了1か月後、体験の感想や就業についての意向等の調査を実施し、参加者はその調査に協力する。
- (2) 職場見学及び体験中は、参加者は自己の安全に留意し、自己の不注意により万一災害を受けた場合の処理については、参加者の責任において処理する。
- (3) 実施期間中は、鳥取県の諸規則を遵守し担当者の指示に従い、職場体験上知りえた機密に属するものを、参加者はいっさい漏洩しないことを厳守する。

鳥取県農林水産部畜産振興局家畜防疫課長 様

(申込者) 郵便番号

住所

氏名

鳥取県公務員獣医師インターンシップ申込書

年度鳥取県公務員獣医師インターンシップを下記のとおり希望します。

記

1 職場体験の希望期間 (該当するところに☑してください)

日時を指定

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時~\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時

期間のみを指定

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日~\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日のうち\_\_\_\_\_日間

指定なし

2 職場体験を希望する地域 (該当するところ全てに☑してください)

東部

中部

西部

地域に希望なし

3 希望する職場体験内容 (該当するところに全てに☑してください)

公務員獣医師の業務全般

畜産関係業務 (家畜衛生指導、家畜病性鑑定、家畜衛生行政)

公衆衛生関係業務 (と畜検査、食品検査、動物愛護、公衆衛生行政)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

4 希望する連絡方法 (該当するところに全てに☑してください)

電話 番号 \_\_\_\_\_ 連絡可能時間 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

メール アドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

様式第2号

年 月 日

鳥取県農林水産部畜産振興局家畜防疫課長 様

(参加者) 郵便番号

住所

氏名

鳥取県公務員獣医師インターンシップ参加確認書

年度鳥取県公務員獣医師インターンシップに下記の計画とおりに参加します。

記

1 職場体験計画

鳥取県から通知された計画どおり

2 参加に係る誓約

別添誓約書のとおり

3 連絡先

・メール \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

・電話番号 (日中連絡がとれる番号) \_\_\_\_\_

(連絡可能な時間) \_\_\_\_\_

(様式第2号 別添)

年 月 日

誓 約 書

鳥取県知事 様

(参加者) 郵便番号

住所

氏名

今般、私が貴機関においてインターンシップ実習を受講するにあたり、下記の事項を厳守することを誓います。

記

1. 実習期間中は、貴機関の諸規則を守り、貴機関の管理、監督の指示に従う。
2. 実習に関しては、次の事項を厳守する。
  - (1) 貴機関の名誉を毀損するような言動は行わない。
  - (2) 貴機関の営む事業を阻害するような言動は行わない。
  - (3) 実習上、知り得た貴機関の機密に属するものは、いっさい漏洩しない。
3. 実習中は自己の安全に留意する。なお、原則として傷害保険、賠償責任保険等の保険に加入したうえで参加する。また、故意又は過失により貴機関に対し損害をおよぼしたときは、直に弁償する。
4. 実習中、自己の不注意により万一災害を受けた場合の処理については、貴機関に迷惑をかけることなく自己の責任において処理する。

以上について誓約します。