

令和7年度（2025年度）
茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業
補助金のご案内
(第2版)

茨城県保健医療部医療局薬務課
令和7年（2025年）12月

令和7年度（2025年度）茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業 補助金のご案内

1 茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業とは

本事業は、茨城県内の病院における薬剤師不足の状況を鑑み、これから、県内薬剤師不足地域内の病院で勤務を開始しようとする方で、奨学金の貸与を受けている薬学生や奨学金返還残額のある薬局等に勤務する薬剤師に対し、病院とともに奨学金返済を支援することにより、地域医療の充実に必要な薬剤師の確保を図り、本県の医療の向上に資するため実施するものです。

本事業の補助を受けるためには、対象者として県の認定を受けたのち、本事業に参加している病院（以下、「登録病院」という。）の採用試験を受け、合格した後、薬剤師不足地域内の登録病院で従事を開始し、病院薬剤師卒後研修プログラムに基づき、県内病院において必要年数（勤務義務期間）を従事する必要があります。

なお、要件を満たさなくなった場合には、補助を受けた全額に加算金を付して、返還していただく必要があります。

○勤務する病院について

勤務する病院は、原則、県内の薬剤師不足地域内の登録病院となります。

※研修プログラムの内容等によっては、他の病院等に出向等が想定される場合があります。

○勤務義務期間について

返済支援を受ける期間の1.5倍の期間について登録病院等に勤務する必要があります。

○薬剤師不足地域について

薬剤師不足地域とは、病院の薬剤師が不足し確保が必要な地域として、要綱で定める地域をいいます。

※薬剤師不足地域は、就職内定時点での薬剤師不足地域をいう。

※薬剤師不足地域は、概ね3年ごとに見直しを予定

※要綱とは、「茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金交付要綱」をいう。

○病院薬剤師卒後研修プログラムについて

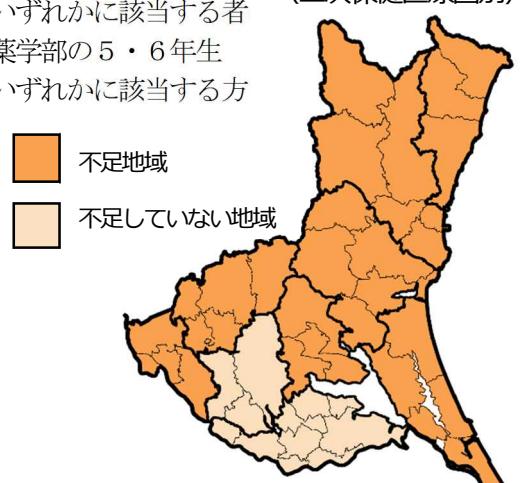
登録病院は、病院薬剤師卒後研修プログラムを策定し、本事業の対象者への研修を実施することで、薬剤師としての資質向上とキャリア形成を支援しています。

2 対象者

県内の薬剤師不足地域内の病院での勤務を希望し、次のいずれかに該当する者

- ① 奨学金の貸与を受けている（貸与型に限る）6年制薬学部の5・6年生
- ② 奨学金の返還残額のある既卒薬剤師のうち、以下のいずれかに該当する方
 - ・県内の事業所等に勤務（病院・診療所を除く）
 - ・県外の事業所等に勤務
 - ・現在、就労していない方

病院薬剤師の不足状況
(二次保健医療圏別)



3 補助額

返還月額の1/2以内（上限25,000円）

※病院からも県と同額以上を支援

県と病院からの支援合計は返済額以内

4 支援期間

最長6年間 ※始期は、就職日の属する月をいう。

<病院勤務義務期間の例示>

区分	奨学金返還期間	支援期間	病院勤務義務期間
例1	2年	2年	3年
例2	5年	5年	7.5年
例3	10年	6年	9年
例4	15年	6年	9年

※奨学金返還期間とは、対象者が奨学金貸与事業の事業主体へ返還する期間をいう。

※支援期間とは、県の補助及び病院からの助成の対象となる期間をいう。

※病院勤務義務機関とは、病院の卒後研修プログラムに基づき勤務する期間をいう。

5 募集人数

10名

6 応募及び面接方法

茨城県病院薬剤師返済支援事業補助金を希望する方は、以下の期間中に「7 提出書類」に記載する書類を提出してください。

また、制度の理解や申請の意思を確認するため、面接を実施します。面接日時等については、申し込み後にお知らせします。

○実施方法：書類確認及び面接

○募集期間

第1期：(終了)

第2期：(終了)

第3期：令和7年（2025年）11月17日（月）～ ~~令和7年（2025年）12月24日（木）~~
~~令和8年（2026年）1月23日（金）~~

期間を延長しました

■申請書の提出期限は最終日の午後5時（必着）まで

■募集期間終了後に面接を実施し、認定いたします。

○面接実施予定日

■募集期間終了後から概ね3週間以内に実施します。

■面接日時については、個別にご連絡します。

■WEBにより実施予定です。WEB対応が難しい場合には、水戸市内にて実施します。

7 提出書類

<共通>

①茨城県病院薬剤師返済支援事業補助金対象者認定申請書（要綱様式第6号）

②履歴書（要綱様式第6号別紙1）

③奨学金貸与証明書又はこれに準ずるもの

④申請書（電子データによる通知の交付に関する書類）

<薬学生の場合>

⑤在学証明書

⑥成績証明書

<既卒薬剤師の場合>

⑤現在就労していることがわかるもの

又は就労していない場合はその旨の申立書

8 提出方法

募集期間中に、次の書類を下記の「書類提出先」に原則郵送（簡易書留）で提出してください。

郵送の際は、封筒の表に「病院薬剤師奨学金返済支援事業応募」と朱書きしてください。

※やむを得ず持参する場合は、土曜・日曜日及び祝日を除き、午前9時から午後5時まで受け付けます。

9 対象者としての認定

県に提出された書類の確認及び面接の結果により、本事業の対象者として認定した方には「茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金対象者認定通知書」により通知します。

原則として、登録病院の採用試験は、当該通知の後に受けさせていただきます。

10 登録病院の採用試験・日程等

県薬務課ホームページに登録病院の情報を掲載しております。

<https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/yakumu/yakuji/yakuzaishikakuho/syougakukinhensaishien.html>



11 補助金の交付の手続き

対象者の方が、登録病院に採用となり、勤務を開始した後に、「茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金交付申請書（要綱様式第11号）」に必要書類を添えて、県に提出してください。

申請書の審査後、「茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金交付決定書」により通知します。

12 補助金の支払い

県からの支払いは、年1回となります。

当該年度末ごとに「茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金実績報告書兼支払請求書（要綱様式第15号）」に必要書類を添えて、県に提出してください。

報告内容及び病院が提出する「茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業登録病院実績報告書（要綱様式第16号）」により、交付額を確定した後、「茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金額の確定通知書」により補助金額を通知し、支払いを行います。

13 補助金の返還

勤務義務期間に登録病院を退職した場合など、補助金の返還が必要となった場合は、県から補助を受けた全額に加算金（※）を付して返還していただく必要があります。詳細については、要綱をご覧ください。

※「加算金」とは、補助金の受領の日から納付の日までの期間に応じて年利10.95%の割合で計算した額。

14 個人情報の取り扱い

- いただいた個人情報は、本申請の審査及び事業管理のためにのみ利用いたします。なお、一部の情報については、登録病院へ提供します。
 - 本事業の申請書の提出により、上記の個人情報の取り扱いに同意したものとみなします。
- ※個人情報は、茨城県個人情報の保護に関する法律施行条例に基づき管理

15 その他の注意事項

- 本補助金は、「茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金交付要綱」及び「茨城県病院薬剤師奨学金返済支援事業補助金交付要領」に基づき実施します。内容を十分にご理解の上、申請等を行ってください。要綱、要領、申請書様式などは県薬務課ホームページに掲載しておりますので、上記URLからご確認ください。
- 認定後、退学、国家試験不合格、その他事情の変更があった場合は、速やかに下記問合せ先までご連絡ください（別途既定の届出書を提出していただく必要があります）。

＜問い合わせ先・書類提出先＞

茨城県保健医療部医療局薬務課薬事グループ 薬剤師確保担当

〒310-8555 茨城県水戸市笠原町978-6

TEL:029-301-3393 FAX:029-301-3399

E-Mail : i-pharmacist@pref.ibaraki.lg.jp

※土曜・日曜・祝日及び年末年始を除き、午前9時から午後5時まで