

臨床実習施設認定申請書

*□のチェックは、当てはまる部分を□→■へ変換をお願い致します。

■新規・□更新

①申請日：令和元年年 7 月 10 日 （認定有効期限：令和 4 年 7 月 10 日）

※（ ）内は 3 年後の期日記載して下さい。

②施設名：医療法人青樹会 一之瀬脳神経外科病院

③住 所：〒390-0852 長野県松本市島立 2093

④電 話：0263-48-3300

メールアドレス：soumu@inh.or.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名： 川村 裕子

⑥常勤理学療法士総数： 27 名 *実習施設単体での人数を記載

理学療法士免許取得後 5 年以上の理学療法士 14 名

理学療法士免許取得後 3～4 年以上の理学療法士 7 名

理学療法士免許取得後 3 年未満の理学療法士 6 名

⑦疾患別リハビリテーション施設基準（医療施設のみの回答 □欄にチェック）

■脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） □脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）

□脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）

□運動器リハビリテーション料（Ⅰ） □運動器リハビリテーション料（Ⅱ）

□運動器リハビリテーション料（Ⅲ）

□呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） □呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）

□心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） □心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）

□廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ） □廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）

□廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）

□がん患者リハビリテーション料 □難病患者リハビリテーション料

□障害児（者）リハビリテーション料 □認知症患者リハビリテーション料

⑧臨床実習を行う際の主たる病棟種別 ※複数回答可

■一般病棟 ■回復期リハビリテーション病棟 □医療療養病棟 □介護療養病棟

□地域包括ケア病棟 □介護医療院

□特別養護老人ホーム □介護老人保健施設

■通所リハ □通所介護

■その他（ 有料老人ホーム ）

⑨年間（前年度のもの）に受け入れている養成校名・実習期間・学生数を記載して下さい。

※欄が不足する場合は、適宜追加をお願いいたします。

養成校名	実習期間	学生数
信州大学	2週	2名
長野保健医療大学	8週	1名
長野保健医療大学	3週	1名
長野保健医療大学	2週	1名
信州リハビリテーション専門学校	8週	1名
信州リハビリテーション専門学校	2週	2名
信州リハビリテーション専門学校	1週	1名
秋田リハビリテーション学院	8週	1名
山梨健康科学大学	1週	1名
	週	名
	週	名
	週	名
	週	名
	週	名
	週	名

お忙しい中、お時間を頂き、ありがとうございました。

長野県理学療法士会 学術局教育部員 一同