

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 3年 4月 30日 (認定有効期限：令和 4年 4月 30日)

※()内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：長野寿光会 上山田病院

③住所：長野県千曲市上山田温泉3丁目34番地3号

④電話：026-275-1581

メールアドレス：kamiyamada-reha@naganojukokukai.com

※メールアドレスは会議の案内に必要となります。お間違えの無い様、必ず記載をお願い致します。

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：町田 敏明

⑥常勤理学療法士総数：35名 *施設単体での人数を記載

臨床実習指導者講習会を修了した理学療法士	17名
理学療法士免許取得後、臨床経験満5年以上の理学療法士	27名
理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士	8名

⑧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

⑨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 ()

⑨年間（前年度分）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
長野保健医療大学	8週	2名
長野保健医療大学	3週	2名
	週	名
	週	名
	週	名
	週	名
	週	名
	週	名
	週	名
	週	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