

臨床実習施設認定申請書

(当てはまる部分を□→■へ変換して下さい)

■新規・□更新

①申請日：令和 5 年 4 月 18 日

※臨床実習施設認定期間は、送付される『臨床実習施設認定証』にてご確認下さい。

※以下、②～⑦は申請時点の内容をご記入下さい。

②施設名：地方独立行政法人 長野県立病院機構 長野県立木曽病院

住 所：〒397-0001 長野県木曽郡木曽町福島木曽町 6613-4

電 話：0264-22-2538

③メールアドレス：kiso-rihabiri@pref-nagano-hosp.jp

※メールアドレスは今後の会議案内等で必要となります。お間違えの無い様、必ずご記入下さい。

④理学療法部門の統括責任者氏名：柳澤 俊史

⑤常勤理学療法士総数： 13 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 9 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 11 名

理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士 2 名

⑥疾患別リハビリテーション施設基準 ※複数回答可

■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

⑦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 ()

⑧年間（前年度分）に受け入れた養成校名・実習期間・学生数をご記入下さい。

※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	1名
信州リハビリテーション専門学校	8週	1名
名古屋医健スポーツ専門学校	7週	1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、ご協力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