

## 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 6 年 4 月 26 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：社会医療法人抱生会 丸の内病院

住 所：長野県松本市渚 1-7-45

電 話：0263-28-3003

③メールアドレス：makita\_y@marunouchi.or.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：牧田 陽介

⑤常勤理学療法士総数： 31 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 25 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 26 名

理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士 5 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
信州大学医学部保健学科	1 週	1 名
〃	3 週	2 名
〃	6 週	2 名
長野保健医療大学	1 週	1 名
〃	3 週	1 名
〃	8 週	1 名
信州リハビリテーション専門学校	1 週	1 名
	8 週	1 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