

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：平成 30 年 12 月 1 日 （認定有効期限：平成 33 年 12 月 1 日）

※（ ）内は 3 年後の期日記載して下さい。

②施設名：相澤通所リハビリテーション「歩み」

③住 所：松本市本庄 2 丁目 10 番 21 号社会医療法人財団慈泉会第 3 ビル

④電 話：0263-38-7125

メールアドレス：zitaku-c@ai-hosp.or.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：金丸大地

⑥常勤理学療法士総数： 4 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 3 名

理学療法士免許取得後 3～4 年以上の理学療法士 0 名

理学療法士免許取得後 3 年未満の理学療法士 1 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（ ）

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
	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
	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