

## 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5月2日（認定有効期限：平成34年5月2日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：医療法人社団敬仁会桔梗ヶ原病院

③住所：長野県塩尻市宗賀1295

④電話：0263-54-0012

メールアドレス：

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：三溝祐太

⑥常勤理学療法士総数：31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 19名

理学療法士免許取得後3～4年以上の理学療法士 24名

理学療法士免許取得後3年未満の理学療法士 7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
長野医療技術専門学校	8週	1名
健康科学大学	10週	1名
健康科学大学	5週	1名
目白大学	8週	1名
帝京科学大学	8週	1名
信州リハビリテーション専門学校	8週	4名
信州リハビリテーション専門学校	4週	2名
信州リハビリテーション専門学校	1週	2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