

## 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 2年 5月 1日 （認定有効期限：令和 5年 4月 30日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：地方独立行政法人 長野県立病院機構 長野県木曾介護老人保健施設 アイライフきそ

③住 所：〒397-8555

長野県木曾郡木曾町福島 6613-4

④電 話：0264-22-2677

メールアドレス：kisokaigo@pref-nagano-hosp.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：柳澤俊史

⑥常勤理学療法士総数： 3名 \*実習施設単体での人数を記載

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 3名

臨床実習指導者講習会を修了した理学療法士 1名

理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士 0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	3週	1名
長野保健医療大学	2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
	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