

## 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3年5月12日（認定有効期限：令和6年5月12日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：医療法人 研成会 諏訪湖畔病院

③住所：長野県岡谷市長地小萩 1-11-30

④電話：0266-27-5500

メールアドレス：kohan.reha@kensei-kai.jp

※メールアドレスは会議の案内に必要となります。お間違えの無い様、必ず記載をお願い致します。

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：大島 和輝

⑥常勤理学療法士総数： 26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	2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	15名
理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士	11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。

前年度、新型コロナウイルス感染拡大につき、実習の受け入れ中止しました。

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