

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 4 月 12 日 （認定有効期限：令和 6 年 ）
※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：社会医療法人抱生会 丸の内病院

③住 所：長野県松本市渚1丁目7番45

④電 話：0263-28-3019（リハビリテーション部直通）

メールアドレス：rihabiri@marunouuchi.or.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：牧田陽介

⑥常勤理学療法士総数： 32 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	7 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	18 名
理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士	7 名

⑧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
信州大学医学部保健学科	2 週	1 名
信州大学医学部保健学科	4 週	1 名
信州大学医学部保健学科	7 週	1 名
長野医療保健大学	3 週	1 名
長野医療保健大学	8 週	1 名
信州リハビリテーション専門学校	1 週	2 名
信州リハビリテーション専門学校	8 週	1 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