

臨床実習施設認定申請書

(当てはまる部分を□→■へ変換して下さい)

□新規・■更新

①申請日：令和 5 年 4 月 25 日

※臨床実習施設認定期間は、送付される『臨床実習施設認定証』にてご確認下さい。

※以下、②～⑦は申請時点の内容をご記入下さい。

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

住 所：長野県木曾郡木曾町福島 6613-4

電 話：0264-22-2677

③メールアドレス：

kisokaigo@pref-nagano-hosp.jp

④理学療法部門の統括責任者氏名：

伊藤瑞紀

⑤常勤理学療法士総数： 3 ※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 3名

理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士 0名

⑥疾患別リハビリテーション施設基準 ※複数回答可

□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

⑦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（ ）

⑧年間（前年度分）に受け入れた養成校名・実習期間・学生数をご記入下さい。

※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
長野県保健医療大学	2週	1名
長野県保健医療大学	3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、ご協力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