

## 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 3 月 29 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：JA 長野厚生連 北アルプス医療センター あづみ病院

住 所：長野県北安曇郡池田町大字池田 3207 番地 1

電 話：0261-62-3166 (代表)

③メールアドレス：[reha.pt@azumi-ghp.jp](mailto:reha.pt@azumi-ghp.jp) (リハビリテーション科)

④理学療法部門の統括責任者氏名：高橋 友明

⑤常勤理学療法士総数： 37 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 13 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 30 名

理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士 7 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 (訪問リハビリテーション)

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
信州リハビリテーション専門学校	1週	1名
信州大学	7週	1名
信州大学	3週	2名
長野保健医療大学	8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

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