

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 7月 20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：社会福祉法人賛育会 介護老人保健施設ゆたかの

住 所：長野県長野市豊野町豊野 634

電 話：026(257)3000

③メールアドレス：toyoriha@san-ikukai.or.jp

※メールアドレスは今後の会議案内等で必要となります。お間違えの無い様、必ずご記入下さい。

④理学療法部門の統括責任者氏名：竹内 智明

⑤常勤理学療法士総数： 4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	3名
理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士	1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
2022年度、実習生受け入れはありません。	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
	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