

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 6年 3月 15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：医療法人 研成会 諏訪湖畔病院

住 所：〒394-8545 長野県岡谷市長地小萩1丁目11番30号

電 話：0266-27-5500

③メールアドレス：kohan_reha@yahoo.co.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：清水 浩仁

⑤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 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 19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（)

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
長野保健医療大学	8週	1名
(長野保健医療大学) 学校側の都合で未実施	(4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

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