

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 1 年 5 月 31 日 （認定有効期限：令和 4 年 5 月 31 日）

②施設名：北信総合病院 老人保健施設 もえぎ

③住 所：長野県中野市吉田 123-1

④電 話：0269-22-7800

メールアドレス：h-moegi@zd.wakwak.com

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：田尻 勝

⑥常勤理学療法士総数：6名 *実習施設単体での人数を記載

理学療法士免許取得後5年以上の理学療法士 4名

理学療法士免許取得後3～4年以上の理学療法士 1名

理学療法士免許取得後3年未満の理学療法士 1名

⑦疾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

⑧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（前年度のもの）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。

養成校名	実習期間	学生数
前橋医療福祉専門学校	7週	1名

以上です。ご査収のほど、よろしくお願いたします。

北信総合病院 老人保健施設 もえぎ 理学療法部門