

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：平成 31 年 2 月 5 日 （認定有効期限：平成 34 年 2 月 5 日）

※（ ）内は 3 年後の期日記載して下さい。

②施設名：信濃町立信越病院

③住 所：長野県上水内郡信濃町大字柏原 380

④電 話：026-255-3100

メールアドレス：shin-reha@mx1.avis.ne.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：黒岩治樹

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 0 名

理学療法士免許取得後 3 年未満の理学療法士 2 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。

※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
信州リハビリテーション専門学校	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
	週	名
	週	名

お忙しい中、お時間を頂き、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