

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 3 年 12 月 29 日 （認定有効期限：令和 6 年 12 月 29 日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：長野松代総合病院

③住 所：長野県長野市松代町松代 183

④電 話：026-278-2031

メールアドレス：nmgh-pt@hosp.nagano-matsushiro.or.jp

※メールアドレスは会議の案内に必要となります。お間違えの無い様、必ず記載をお願い致します。

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：松井 克明

⑥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	8	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	27	名
理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士	10	名

⑧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

⑨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 ）

⑨年間（前年度分）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
信州大学	5週	1名
長野保健医療大学	3週	1名
長野保健医療大学	8週	1名
長野保健医療大学	2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、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