

## 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 3 月 29 日 （認定有効期限：平成 34 年 3 月 29 日）

※（ ）内は 3 年後の期日記載して下さい。

②施設名：諏訪共立病院

③住 所：長野県諏訪郡下諏訪町矢木町 214

④電 話：0266-28-3071

メールアドレス：suwareha@skhp.or.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：宮坂 昌宏

⑥常勤理学療法士総数： 25 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 13 名

理学療法士免許取得後 3～4 年以上の理学療法士 6 名

理学療法士免許取得後 3 年未満の理学療法士 6 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(病床 12 床) □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
健康科学大学	10週	1名
新潟医療福祉大学	10週	1名
信州リハビリテーション専門学校	8週	1名
長野保健医療大学	3週	1名
常葉大学	4週	1名
信州リハビリテーション専門学校	3週	1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