

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 2024 年 3 月 30 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：医療法人長野寿光会 上山田病院

住 所：長野県千曲市上山田温泉 3 丁目 34 番地 3 号

電 話：026-275-1581

③メールアドレス：kamiyamada-reha@naganojukoukai.com

※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：町田 敏明

⑤常勤理学療法士総数： 35 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	25 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

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 (訪問リハ)

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	2名
長野保健医療大学	3週	1名
信州リハビリテーション専門学校	8週	1名
信州リハビリテーション専門学校	3週	1名
信州リハビリテーション専門学校	1週	1名
太田医療技術専門学校	9週	1名
健康科学大学	10週	1名
群馬パース大学	8週	1名
あいち福祉医療専門学校	8週	1名
名古屋医健スポーツ専門学校	8週	1名
名古屋医健スポーツ専門学校	1週	1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