

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 5年 3月 6日 （認定有効期限：令和 8年 3月 6日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：市立大町総合病院

③住 所：大町市大町 3130

④電 話：0261-22-0415（リハビリ室 内線 2188）

メールアドレス：ptroom@hsp.city.omachi.nagano.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：栗林 伴光（くりばやし ともみつ）

⑥常勤理学療法士総数： 13名 *実習施設単体での人数を記載

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 12名

臨床実習指導者講習会を修了した理学療法士 6名

理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士 1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）

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（病院併設だが経営母体は違う）

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
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	3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