

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 5年 6月 29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：相澤通所リハビリテーションあずみの

住 所：安曇野市穂高 787

電 話：0263-31-0535

③メールアドレス：zitaku-c@ai-hosp-or.jp

※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：山崎 慎也

⑤常勤理学療法士総数： 4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 2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 1名

理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士 1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（ ）

