

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 7 年 4 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』にてご確認ください。

※以下、②～⑦は申請時点の内容をご記入下さい。

②施設名：松本市立病院

住 所：長野県松本市波田 4417-180

電 話：0263-92-3027

③メールアドレス：059862@mt-hsp.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：萩原成人

⑤常勤理学療法士総数： 16 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 10 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 11 名

理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士 5 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（)

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
信州大学医学部保健学科	3 週	2 名
信州大学医学部保健学科	6 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

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