

## 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 16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：特定医療法人 新生病院

住 所：長野県上高井郡小布施 851

電 話：026-247-2033

③メールアドレス：g.uehara@newlife.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：上原玄大

⑤常勤理学療法士総数： 42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	30名
理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士	12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。

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