

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 7年 4月 1日 (認定有効期限：令和 10年 4月)

※()内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：長野赤十字病院

③住 所：長野県長野市若里 5-22-1

④電 話：026-226-4131

メールアドレス：reha.nagano.med.jrc@gmail.com

※メールアドレスは会議の案内に必要となります。お間違えの無い様、必ず記載をお願い致します。

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：山崎 豊

⑥常勤理学療法士総数： 21 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 6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 17名

理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士 4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）

■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

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

□通所リハ □通所介護

■その他（訪問リハビリ)

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。

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