

## 臨床実習施設認定申請書

☐新規・☒更新

①申請日：令和 7 年 3 月 20 日（認定有効期限：令和 10 年 3 月 20 日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：長野県立阿南病院

③住 所：長野県下伊那郡阿南町北條 2009-1

④電 話：0260-22-2121

メールアドレス：anan-rihabiri@pref-nagano-hosp.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：木下 隆政

⑥常勤理学療法士総数： 3 名 \*実習施設単体での人数を記載

理学療法士免許取得後 5 年以上の理学療法士 3 名

理学療法士免許取得後 3～4 年以上の理学療法士 名

理学療法士免許取得後 3 年未満の理学療法士 名

⑦疾患別リハビリテーション施設基準（医療施設のための回答 ☐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 ☐認知症患者リハビリテーション料

⑧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（訪問リハビリテーション）

⑨年間（前年度のもの）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
信州リハビリテーション専門学校	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