

## 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

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。

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