2018.11.1 運用開始
2022.1.18 更新

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 6 年 8 月 6 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：老人保健施設きりとう（診療所、特養併設）

住　所：〒399-0601 上伊那郡辰野町大字小野 1290 番地 5

電　話：0266-46-2041

③メールアドレス：kiritou@fujimihp.com

※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：枝廣美世

⑤常勤理学療法士総数：5 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	5 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	5 名
理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士	0 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。

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	1 週	1 名
同上	3 週	1 名
同上	8 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

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