

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 28 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』にてご確認ください。

※以下、②～⑦は申請時点の内容をご記入下さい。

②施設名：長野中央病院

住 所：長野市西鶴賀町 1570

電 話：026-234-3280

③メールアドレス：n-chuoreha@healthcoop-nagano.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：宮川 邦成

⑤常勤理学療法士総数：30 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	30 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	33 名
理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士	2 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（訪問リハビリ）

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
信州大学	8 週	1 名
長野保健医療大学	8 週	2 名
長野保健医療大学	3 週	2 名
長野保健医療大学	2 週	2 名
長野保健医療大学	1 週	2 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