

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：R7年4月1日（認定有効期限：R10年4月1日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：社会医療法人財団慈泉会 地域在宅医療支援センター塩尻診療所
相澤通所リハビリテーション塩尻

③住 所：長野県塩尻市大門 79-2

④電 話：0263-53-8627

メールアドレス：ai.42915@ai-hosp.or.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：朝倉大輔

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 2名

理学療法士免許取得後3～4年以上の理学療法士 0名

理学療法士免許取得後3年未満の理学療法士 1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（ ）

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
	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
	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