

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：令和 8 年 4 月 30 日 （認定有効期限：令和 11 年 4 月 30 日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：JA 長野厚生連 下伊那厚生病院

③住 所：下伊那郡高森町吉田 481-13

④電 話：0265-35-7511（病院代表） 0265-48-8105（リハ科直通）

メールアドレス：reha@shimoina-hp.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：米山 敏喜

⑥常勤理学療法士総数： 15 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 13 名

理学療法士免許取得後3～4年以上の理学療法士 1 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
信州リハビリテーション専門学校	4 週	1 名
長野保健医療大学	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
	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