

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 8 年 4 月 1 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：相澤通所リハビリテーションあずみの

住 所：安曇野市穂高 787

電 話：0263-31-0535

③メールアドレス：zitaku-c@ai-hosp-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：山崎 慎也

⑤常勤理学療法士総数： 4 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 2 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 1 名

理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士 1 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（ ）

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
	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、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