

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：社会福祉法人賛育会 介護老人保健施設ゆたかの

住 所：長野県長野市豊野町豊野 634

電 話：026(257)3000

③メールアドレス：toyoriha@san-ikukai.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：竹内智明

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 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 2 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
2022 年度、実習生受け入れはありません。	週	名
2023 年度、実習生受け入れはありません。	週	名
2024 年度、評価実習 1 名受け入れ	2 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