

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9月 10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：くまき整形外科リウマチ科クリニック

住 所：長野県中野市一本木282-1

電 話：0269-23-1301

③メールアドレス：kumaorthrheum@yahoo.co.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：田村寛子

⑤常勤理学療法士総数： 3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 1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（ クリニック ）

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
長野保健医療福祉大学	3 週	2 名
長野保健医療福祉大学	2 週	2 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