

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 3 月 13 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：富士見高原医療福祉センター

老健あららぎ・老健さくらの・老健みづうみ

住 所：諏訪郡原村 13220-1 老健さくらの（代表）

電 話：0266-70-1222

③メールアドレス：sakurano-reha@fujimihp.com

※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：鬼崎正則

⑤「老健あららぎ」常勤理学療法士総数： 9 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 6 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 6 名

理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士 2 名

「老健さくらの」常勤理学療法士総数： 8 名

臨床実習指導者講習会を修了した理学療法士 7 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 8 名

理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士 0 名

「老健みづうみ」常勤理学療法士総数： 8 名

臨床実習指導者講習会を修了した理学療法士 7 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 8 名

理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士 0 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（訪問リハビリ）

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
信州リハビリテーション専門学校	1 週	2 名
信州リハビリテーション専門学校	3 週	1 名
信州リハビリテーション専門学校	8 週	1 名
長野保健医療大学	2 週	2 名
長野保健医療大学	3 週	2 名
長野保健医療大学	1 週	1 名
健康科学大学	2 週	1 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