

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

2018.11.1 運用開始
2022.1.18 更新

- ①申請日：令和8年 5月 27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：組合立諏訪中央病院
住 所：長野県茅野市玉川 4300 番地
電 話：0266-72-1000
- ③メールアドレス：pt@suwachuo.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：大橋 淳司
- ⑤常勤理学療法士総数：40 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 19 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 26 名
理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士 14 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
信州大学 医学部 理学療法学専攻	6 週	1 名
長野保健医療大学	8 週	1 名
長野保健医療大学	3 週	1 名
長野保健医療大学	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