### （様式第10号）

病期別等見学研修受入施設 准指導者一覧

1　見学研修受入施設情報

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 管理者名 |  |
| 住所 |  |
| 担当部署名 |  |
| 監督者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

　管理者：施設の代表者。院長、所属長など。　　　監督者：担当部署の上長。リハ部長、リハ課長など。

2　准指導者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 対応可能な病期・分野に○　※複数選択可　※該当領域で１年以上の経験を有すること | | | | | | | | | | | | | | | |
| 准指導者名 | 認定日 | 特別支援学校 | 訪問看護ステーション | 診療所 | 精神科病棟 | 地域包括支援センター | 保健所・保健センター | 緩和ケア病棟 | 障害者施設 | 訪問リハビリテーション | 通所リハビリテーション | 介護老人保健施設 | 介護老人福祉施設 | 療養病棟 | 回復期リハビリテーション病棟 | 急性期病棟 | 高度急性期病棟 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |