

様式第1号(第2条関係)

理学療法士(作業療法士)養成施設指定申請書

年 月 日

宮城県知事

殿

設置者の住所及び氏名
(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び
代表者の氏名)

理学療法士及び作業療法士法第11条第1号若しくは第2号に規定する理学療法士養成施設
又は同法第12条第1号若しくは第2号に規定する作業療法士養成施設の指定を受けたいので、
理学療法士及び作業療法士法施行令第10条の規定により下記のとおり申請します。

記

1 設置者の住所及び氏名

住所及び氏名(法人 にあつては、主たる 事務所の所在地及び 名称)	住所(主たる事務所の 所在地)	
	氏名(法人の名称)	

2 理学療法士(作業療法士)養成施設の名称、位置及び設置年月日

名 称	
位 置	〒 電話：
設 置 年 月 日	年 月 日

3 理学療法士(作業療法士)養成施設の長の氏名及び履歴

氏 名	
履 歴	

理学療法士(作業療法士)養成施設指定に関する調書

1 開設予定 (授業開始)	年 月 授業開始											
2 種類等	理学療法士養成施設				作業療法士養成施設				合計			
	1学年定員 人				1学年定員 人				1学年定員 人			
	高卒 年課程 (昼・夜)				高卒 年課程 (昼・夜)							
3 教員	免許の種類	氏名	年齢	担予科目	担当目	免番	許号	免許取得年月	本人の承諾書の有無	所属長の承諾書の有無	専任兼任の別	
	実習調整者名(学科)				(理学・作業)				(理学・作業)			
4 建物	土地面積	m ²				建物面積	m ²					
	共有部門			理学療法部門			作業療法部門					
	室の名称	面積(m ²)		室の名称	面積(m ²)		室の名称	面積(m ²)				
5 実習施設	理学療法士養成施設					作業療法士養成施設						
	施設名	所在地	病床数	PT数	受入数	施設名	所在地	病床数	OT数	受入数		
6 整備に要する経費	区分					整備方法					金額	
	土地	設置者所有・寄附・買収・その他										千円
	建物	設置者所有・新築・買収・その他										千円
	設備											千円
	合計											千円
7 資金計画	区分					金額						
	自己資金										千円	
	借入金										千円	
	その他(具体的に)										千円	
	合計										千円	

(備考)

「5 実習施設」については、施設長の承諾を得たもののみ記入すること。

教員(専任・兼任)に関する調書(理学療法士・作業療法士)

		養成施設名			
氏名	現住所		性別		男・女
生年月日	年 月 日 (歳)		免許登録番号	第 号	免許登録年月日
所 属	施設名	役職名		理学療法士 又は作業療法士の数	人
	所在地				
資格取得	学校養成施設の卒業年次		年 月	学校養成施設名	
	特例試験の合格年次		年 月		
職 歴	年	月	年	月	
	年	月	年	月	
教育歴 (実習指導を含む)	年	月	年	月	
日本理学療法士協会又は日本作業療法士協会の加入	会員(年から)・非会員		(専任教員の場合) 専任教員養成講習会の受講の有無	有 ・ 無 (修了証番号第 号)	
(専任教員の場合) 専任教員要件	イ 専任教員養成講習会を修了した者 ロ 5年以上業務に従事した者で大学において教育に関する科目を履修し卒業した者 ハ 3年以上業務に従事した者で大学院において教育に関する科目を履修し課程を修了した者 ニ イ～ハに該当しないが2022年4月1日前から継続して専任教員である(あった)者				
研究発表又は論文	年	月	年	月	
担当予定科目					
本人承諾書	有 ・ 無		所属長承諾書	有 ・ 無	

(記入上の注意)

- 1 専任・兼任及び理学療法士・作業療法士のいずれかに○を付けること。
- 2 職歴，教育歴及び研究発表又は論文は，主なものを記入し，1枚にまとめること。

(添付書類)

免許証の写しを添付すること。

承 諾 書

私は、
(養成施設名)
が、理学療法士及び作業療法士法に基づく理学療法士(作業療法士)養成施設として指定された場合は、当該施設において専任教員に就任することを承諾します。

なお、第1回の卒業生が出るまでの間は、私から専任教員の辞任を申し出ないことを誓約します。

- 1 就 任 予 定 年 月 日 年 月 日
- 2 資 格 免許の種類
免許取得年月日 年 月 日
免許登録番号 第 号
- 3 専任教員養成講習会受講の有無
有(修了証番号第 号) ・ 無
年 月 日

住 所
氏 名
宮城県知事 殿

承 諾 書

貴養成施設が、理学療法士及び作業療法士法に基づく理学療法士(作業療法士)養成施設として指定された場合は、下記の者を 年 月 日付で貴施設に転職させることを承諾します。

職 名
氏 名
年 月 日

所在地
施設名
施設長

殿
(養成施設長)

(作成上の注意)

- 1 原本の写しを提出すること。
- 2 無職又は自営の場合は、本人が承諾した時点で、施設長の承諾書は提出する必要はないこと。

主たる臨床実習施設に関する調書(理学療法士・作業療法士)

		養成施設名			
主たる臨床実習施設名		住 所			
主たる臨床実習施設の種類の		附属臨床実習施設 ・ 附属臨床実習施設と同等の連携施設			
専任教員養成講習会又は同等以上の知識及び経験を有する者	氏 名				
	イ 5年以上業務に従事した者で専任教員養成講習会を修了した者(修了証番号第 号) ロ 5年以上業務に従事した者で大学において教育に関する科目を履修し卒業した者 ハ 3年以上業務に従事した者で大学院において教育に関する科目を履修し課程を修了した者 ニ イに掲げる者と同等以上の知識及び技能を有する者				
施設間の距離	km	施設間の移動手段	施設間の移動時間		
臨床実習を行うのに必要な設備	室の名称	面積(m ²)	室の名称	面積(m ²)	室の名称
	更衣室				
	休憩室				
	討議室				
実習生が閲覧可能な専門図書数(冊)		その他, 学修環境への配慮			
病棟の種類と病床数	病 棟		病床数	病 棟	
	高度急性期			慢性期	
	急性期			その他1()	
	回復期(地域包括ケア病棟)			その他2()	
	回復期(回復期リハ病棟)			その他3()	
リハビリテーション施設基準等	<input type="checkbox"/> 心大血管疾患リハビリテーション料(I・II) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料(I・II・III) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料(I・II・III) <input type="checkbox"/> 廃用症候群リハビリテーション料(I・II・III) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料(I・II)		<input type="checkbox"/> 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 難病患者リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 障害児(者)リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> がん患者リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 認知症患者リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 外来リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション				
	理学療法士	人	作業療法士	人	言語聴覚士
関連施設	介護老人保健施設・老人福祉施設・身体障害者福祉施設・児童福祉施設 指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・その他()				

備考

- 1 臨床実習を行うのに必要な設備について、複数室ある場合は空欄に記入すること。
- 2 主たる臨床実習施設における理学療法士、作業療法士の継続的な教育計画を添付すること。
- 3 複数の症例が経験でき、診療参加型による臨床実習が行われていることが分かる書類を添付すること。

実習施設承諾書

当施設が、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則に規定する実習施設として、下記により臨床実習を担当することについて承諾する。

年 月 日

実習施設名
施設所在地
開設者氏名

殿
(養成施設長)

記

実習受入1回当たりの受入人数 人
実習受入1回当たりの時間数 時間
年間受入回数 回

実習指導者の氏名	実習指導者の履歴			
	免許取得年月	実務経験年数	所属・職名	講習会修了状況
	年 月	年 か月		イ・ロ・ハ
	年 月	年 か月		イ・ロ・ハ
	年 月	年 か月		イ・ロ・ハ
	年 月	年 か月		イ・ロ・ハ
	年 月	年 か月		イ・ロ・ハ

(記入上の注意)

1 「実習指導者の氏名」欄は、当該実習施設の実習指導者をすべて記入し、本務の所属先及び当該養成施設種別に係る実務経験年数を記入すること。

2 「講習会修了状況」は、次のうち修了した講習会を選択して○で囲むこと。

イ 厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会

ロ 厚生労働省及び公益財団法人医療研修推進財団が実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会

ハ 一般社団法人日本作業療法士協会が実施する臨床実習指導者中級・上級研修

(添付書類)

実習指導者の修了証及び免許証の写しを添付すること。

実習施設に関する調書

実 習 施 設 名		
位 置		
開設者の氏名(法人 にあつては, 名称)		
病 床 数 (又は入所定員)		
最近の患者数		
実 習 生 受 入 状 況 (年 度)	養 成 施 設 名	年 間 受 入 延 人 数 (実 数)
		()
		()
		()
指 定 規 則 に 定 め る 実 習 用 設 備		

(記入上の注意)

- 1 「病床数」については病床種別に記載すること。
- 2 「最近の患者数」の欄については, 最近1年間(申請書提出時の前年度)の理学療法又は作業療法を受けた患者延数を記入すること。
- 3 「実習生受入状況」の欄は, 申請時の前年度における当該実習施設の年間の受入養成施設名及び受入延人数(実数)を記入すること。
- 4 「指定規則に定める設備」の欄は, 当該実習施設における実習用設備について, その名称及び台数を記入すること。

(添付書類)

1 設置者に関する書類

(1) 設置者が法人である場合

イ 法人の寄附行為又は定款

ロ 役員名簿

ハ 法人認可官庁に提出した前年度の事業概要報告書、収支決算書及び財産目録の写し

ニ 法人が理学療法士又は作業療法士の養成について議決している場合は、その旨を記載した議事録

(2) 設置者が法人の設立を予定している場合

認可官庁に提出した申請書

2 建物に関する書類

建物の配置図及び平面図

3 整備に関する書類

(1) 土地 設置者所有の場合登記書抄本、寄附を受ける場合登記書抄本及び寄附申込書、買収又は賃借の場合見積書

(2) 建物 設置者所有の場合登記書抄本、新築、買収又は賃借の場合見積書

(3) 設備 教授用及び実習用の機械器具、標本、模型及び図書の目録

4 資金計画に関する書類

(1) 自己資金

金融機関による残高証明書等

(2) 借入金

イ 融資予定額、金融機関名、返済期間及び償還計画等を記載した書類

ロ 融資内諾書等があればその書類の写し

(3) 寄附金等

イ 寄附申込書

ロ 寄附をする者の財産を証明する書類

(4) その他(地方公共団体(地方独立行政法人法(平成15年法律第118号)第68条第1項に規定する公立大学法人を含む。)の設置する学校又は養成施設の場合は不要)

収支予算及び向こう2年間の財政計画

5 教育環境に関する書類

周辺の略図

6 その他

学則

(備考)

この申請書は、授業を開始しようとする日の6か月前までに提出すること。