

## 独立型社会福祉士および事業所の概要

以下、該当する□にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

記入日 2017年 2月15日

ふりがな	あらかわ こういち	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	荒川 孝一	栃木県	15995
事業所の名称	ソーシャルサポートオフィス荒川 (合同会社エンパワメント)		
事業所の形態	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人 ( <input type="checkbox"/> 一般社団 <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 合名会社 <input type="checkbox"/> 合資会社 <input checked="" type="checkbox"/> LLC (合同会社) <input type="checkbox"/> LLP <input type="checkbox"/> 有限会社 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
営業日	月曜日～金曜日 午前9時～午後6時		
開業・登記届出年月日	2017年 4月 1日	契約書等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 報酬規程 <input checked="" type="checkbox"/> 重要事項説明書
主な事業内容 (独立型社会福祉士事業所として)			
1. 各種福祉相談 2. 成年後見制度の相談、受任 3. 審査会・協議会委員等、行政の委員受任 4. 障害者・高齢者への相談支援事業			
社会福祉士資格取得年度	平成15年度		
従事した主な分野	児童福祉、生活保護、障害者福祉、高齢者福祉		
社会福祉士以外の資格	精神保健福祉士、障害者相談支援専門員、介護支援専門員、学会認定カウンセラー		
社会福祉士の認定状況	<input type="checkbox"/> 認定社会福祉士	初回登録日 年 月 日 _____ 分野	更新 _____ 回
	<input type="checkbox"/> 上級社会福祉士	初回登録日 年 月 日 _____	更新 _____ 回
社会福祉士養成課程における相談援助実習を行う実習施設等の範囲について ※I, IIのすべての要件を満たしている場合のみ実習施設に該当します。			
I. 実習施設等の要件			
<input type="checkbox"/> (1) 公益社団法人日本社会福祉士会へ登録している社会福祉士が開設した事業所である <input type="checkbox"/> (2) 独立型社会福祉士事業所を開業して3年以上の実績を有している <input type="checkbox"/> (3) 利用者からの相談に応ずるために必要な広さを有する区画が設けられている <input type="checkbox"/> (4) 他の独立型社会福祉士事業所等との連携が確保されているなど、適切な実習指導体制が整っている <input type="checkbox"/> (5) 損害賠償保険等に加入している			
II. 「社会福祉士実習指導者講習会」修了者の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (修了年度 平成21年)	<input type="checkbox"/> 無

以下太線枠内は公開可能な範囲でご記入ください。本紙に掲載されている情報は、すべてHP等で一般公開します。

所在地 (公開可能な範囲でご記入ください)	〒329-0611		
	栃木県河内郡上三川町大字上三川5024番地		
	TEL 0285(50)9232	FAX 028(333)1284	
	Eメールアドレス: epm.cosmos@gmail.com		
事業所までの交通手段	ホームページ: 最寄り駅: JR宇都宮線 石橋駅から 車で約20分		

※上記の記載内容は、独立型社会福祉士名簿へ登録し、日本社会福祉士会ホームページ等で一般公開します。

※所在地情報については、HP公開を前提に可能な範囲でご記入ください。