

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 2018年 5月 1日

ふりがな	ぬのかわ かほ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	布川 佳朋	群馬県	43586
事業所の名称	布川社会福祉事務所		
事業所の形態	<input checked="" 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 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～土 (8:30～17:30)・時間外対応可		
開業・登記届出年月日	2012年 12月 24日	契約書等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 契約書 <input checked="" 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) 介護・福祉相談援助 虐待・子育て等の相談援助 ホームレス支援 障害福祉相談業務			
社会福祉士資格取得年度	2012 年度		
従事した主な分野	ホームレス支援・介護福祉・障害福祉		
社会福祉士以外の資格	介護福祉士・重度訪問介護従業者・精神障害者ホームヘルパー・難病患者等ホームヘルパー・視覚障害者移動支援従事者・知的障害者(児)ホームヘルパー・トラベルヘルパー準2級・移送サービス運転協力者・介護支援専門員		
社会福祉士の認定状況	<input type="checkbox"/> 認定社会福祉士	認定日	年 月 日 _____分野 更新____回
	<input type="checkbox"/> 上級社会福祉士	認定日	年 月 日 _____分野 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) 社会福祉士会の会員が開設した事業所である <input type="checkbox"/> (2) 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 type="checkbox"/> 有 (修了年度 _____年)	<input checked="" 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)	〒371-0023 群馬県前橋市本町3-1-20		
	TEL	080 (1840) 1840	FAX 027 (223) 8756
	Eメールアドレス:	u152161@hotmail.com	
	ホームページ:		
事業所までの交通手段	最寄り駅: JR 両毛線 前橋駅から 徒歩 5 分		