

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 2016 年 7 月 8 日

ふりがな	かわぞめ ともこ	都道府県社会福祉士会名		会員番号
氏名	川染 智子	埼玉県		5302
事業所の名称	社会福祉士事務所ぶどうの木			
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			
開業・登記届出年月日	2009 年 6 月 1 日	契約書等の有無	<input type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 報酬規程 <input 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) 埼玉県生活保護自立支援専門員 希望の家事業 成年後見・未成年後見 埼玉県いじめ問題調査委員 障害者施設オンブズパーソン 大学等非常勤講師 その他地域活動				
社会福祉士資格取得年度	1996 年度			
従事した主な分野	児童・高齢 (児童養護施設 在宅介護支援センター 居宅介護支援事業所)			
社会福祉士以外の資格	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	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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 2009 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)	〒350-1323			
	埼玉県狭山市鶴ノ木 16-25-304			
	TEL	()	FAX	()
	Eメールアドレス: budounoki@csw.name			
ホームページ: www.facebook.com/cswbudounoki				
事業所までの交通手段	最寄り駅: 西武池袋線 稲荷山公園 駅から 10 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。

2016. 2. 6