

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 2013年 04月 08日

ふりがな	おおはし てるみ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	大橋 輝巳	千葉県	27722
事業所の名称	ケアプランセンター 房州共和会		
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 type="checkbox"/> LLC (合同会社) <input type="checkbox"/> LLP <input type="checkbox"/> 有限会社 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (企業組合)		
営業日	月曜日～金曜日 : 8:30～17:30		
開業・登記届出年月日	2011年08月18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)

①: 介護保険事業 (居宅介護支援事業所)

②: 成年後見事業 (ばあとな千葉所属)

社会福祉士資格取得年度	19年度		
従事した主な分野	高齢者福祉分野 成年後見分野		
社会福祉士以外の資格	介護支援専門員 認知症ケア専門士		
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 _____ 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)	〒295-0027		
	千葉県 南房総市 千倉町 白間津 655		
	TEL	0470 (43) 8244	FAX ()
	Eメールアドレス:		
ホームページ:			
事業所までの交通手段	最寄り駅: JR内房線 千倉駅から JR東関東バスで15分 白間津停車場にて下車		

※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。