

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5月27日

ふりがな	かさい やすこ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	河西 保子	山梨県社会福祉士会	42161
事業所の名称	K A S A I O f f i c e 株式会社 みのり居宅介護支援事業所		
事業所の形態	<input type="checkbox"/> 個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人 (<input type="checkbox"/> 一般社団 <input type="checkbox"/> N P O <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 合名会社 <input type="checkbox"/> 合資会社 <input type="checkbox"/> L L C (合同会社) <input type="checkbox"/> L L P <input type="checkbox"/> 有限会社) <input type="checkbox"/> その他 ()		
営業日	平日：月曜日～金曜日 (8:30～17:30)		
開業・登記届出年月日	2011年7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、居宅介護支援 2、介護予防支援事業 (受託) 3、介護保険認定調査 4、相談支援事業			
会福祉士資格取得年度	平成 22 年度		
従事した主な分野	高齢者福祉分野		
社会福祉士以外の資格	主任介護支援専門員・介護福祉士		
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 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)	〒400-0042 山梨県甲府市高畑2丁目3番2号		
	TEL 055 (228) 1332	FAX 055 (288) 9198	
	Eメールアドレス: kasai_office_minori@yahoo.co.jp		
	ホームページ:		
事業所までの交通手段	最寄り駅: JR 中央線 甲府駅から 車 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。

2013.04.05