

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5月2日

ふりがな	かつらだ みか	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	桂田 美香	山梨県	43460
事業所の名称	株式会社 えがお		
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"/> NPO <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"/> 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 (9:00～18:00)		
開業・登記届出年月日	2013年 4月24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 (高齢) 2 介護予防支援 (委託) 3 計画相談支援 (障害者・児) 4 地域定着支援 (障害者・児) 5 相談支援事業			
社会福祉士資格取得年度	平成24年度		
従事した主な分野	高齢分野・障害分野		
社会福祉士以外の資格	介護支援専門員・相談支援専門員		
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 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 平成28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)	〒400-0861 山梨県甲府市城東3-13-8		
	TEL 055-237-3857	FAX 055-225-5326	
	Eメールアドレス: mikaya358@yahoo.co.jp		
	ホームページ: http://hp.kaipoke.biz/6st/ 又は http://www.egao-sumika.jp/index.html		
事業所までの交通手段	最寄り駅: 身延線 金手駅から 徒歩5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。