

## 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 4月 5日

ふりがな	さいもん こうへい	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	才門 宏平	公益社団法人大阪社会福祉士会	20908
事業所の名称	サイモン ピュア ・ 一般社団法人はるか		
事業所の形態	<input checked="" type="checkbox"/> 個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人 ( <input checked="" 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	平日 10時～18時		
開業・登記届出年月日	2005年12月 9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) ・ 一般福祉相談及び権利擁護事業 ・ 成年後見等に関する活動 ・ 障害者特定相談事業 ・ 聴覚障害ソーシャルワークに関する活動			
社会福祉士資格取得年度	2005年度		
従事した主な分野	障害分野		
社会福祉士以外の資格	宅地建物取引士・介護支援専門員・介護福祉士・建築士2級		
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 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 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)	〒596-0044		
	大阪府岸和田市西之内町67-3		
	TEL 072 ( 444 ) 0396	FAX 072 ( 444 ) 0397	
	Eメールアドレス: saimon@ever.ocn.ne.jp		
事業所までの交通手段	ホームページ: なし		
	最寄り駅: JR阪和線 下松駅から 徒歩13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。