

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	まつたに けいこ		都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	松谷 恵子		広島	17532
事業所の名称	まつたに社会福祉士事務所			
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	月曜日～金曜日 (相談に応じ土曜日・日曜日の対応も可能)			
開業・登記届出年月日	2011年10月1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) 福祉に関する相談、成年後見制度に関する相談、成年後見人等の受任、福祉関係の講演・勉強会のファシリテーター、虐待に関する相談、不登校に関する相談、スクールソーシャルワーク				
社会福祉士資格取得年度	2003年度			
従事した主な分野	高齢分野 児童・家庭分野 障害分野			
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	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)	〒 広島県大竹市		
	TEL 090-5693-2108	FAX ()	
	Eメールアドレス: matsutani@mx51.tiki.ne.jp		
	ホームページ:		
事業所までの交通手段	最寄り駅:		

※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。