

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3月22日

ふりがな	まつお ふみえ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	松尾 史江	長崎県	10785
事業所の名称	長崎県長崎市桜馬場1丁目1-7		
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 type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 合名会社 <input type="checkbox"/> 合資会社 <input checked="" 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	月曜日から金曜日 (土・日・祝 お休み)		
開業・登記届出年月日	2008年8月5日	契約書等の有無	<input type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 報酬規程 <input 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) 介護保険事業の設立 (居宅介護支援・訪問看護・訪問介護) 長崎市介護支援専門員連絡協議会 (中央ブロック長) 非常勤講師 (介護福祉士養成専門学校・介護労働安定センター)			
社会福祉士資格取得年度	平成12年度		
従事した主な分野	高齢者福祉		
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	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 checked="" 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 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)	〒850-0015 長崎県長崎市桜馬場1丁目1-7 合同会社 Three・M ケアプランセンターゆめライフ		
	TEL	095-811-5060	FAX 095-811-5556
	Eメールアドレス: yume@threem.jp		
	ホームページ: http://www.threem.jp		
事業所までの交通手段	最寄り駅: 長崎駅から電車で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。