

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 2016年4月4日

ふりがな	いまむら ひでゆき	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	今村英幸	鹿児島県	7713
事業所の名称	薩摩社会福祉相談所		
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 (合同個人事務所)		
営業日	月曜から土曜		
開業・登記届出年月日	2016年5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 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) ・社会福祉相談事業 ・成年後見制度活用事業 ・福祉サービス第三者評価事業 ・認定社会福祉士スーパービジョン ・講師派遣 ・行政委員会活動			
社会福祉士資格取得年度	2009年度		
従事した主な分野	児童福祉、障害者福祉、高齢者福祉、地域社会・多文化		
社会福祉士以外の資格	社会福祉学修士、障害者ケアマネジャー、社会福祉主事		
社会福祉士の認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認定社会福祉士	認定日 2016年4月1日	地域・多文化分野 更新 1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 checked="" 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 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 checked="" 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 2008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)	〒		
	TEL ()	FAX ()	
	Eメールアドレス:		
	ホームページ:		
事業所までの交通手段	最寄り駅: から 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。