

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 2019年4月3日

ふりがな	くどう たかひさ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	工藤 貴久	東京都	26849
事業所の名称	社会福祉士事務所シリウス		
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～金 (9:00～18:00) *土日祝は休業		
開業・登記届出年月日	2013年4月1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) <ul style="list-style-type: none"> ● 成年後見業務 (法定後見を主に受任) ● 福祉サービス第三者評価 (東京都・千葉県) ● 福祉サービス調整委員 (第三者委員) 			
社会福祉士資格取得年度	2008年度		
従事した主な分野	障害者福祉		
社会福祉士以外の資格	精神保健福祉士・東京都サービス管理責任者研修終了 (第三分野)		
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 <ul style="list-style-type: none"> <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 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 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)	〒121-0831		
	東京都足立区舎人3丁目9番9号		
	TEL	070-1471-5743	FAX なし
	Eメールアドレス: lucky0007sirius@gmail.com		
ホームページ: lucky0007sirius.wixsite.com/sirius			
事業所までの交通手段	最寄り駅: 舎人ライナー 見沼代親水公園より徒歩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。