

(様式第3号)

# 20●●年度 事業報告書

記載例

※本書は、毎年4月1日～4月末日までの間に必ず提出してください。

提出日 ○○/○/○○

会員番号	12345	都道府県社会福祉士会名	東京
名簿登録者の氏名	四谷 花子	社会福祉士登録番号	123456
事業所名	よつはな社会福祉士事務所		
事業所の所在地	〒160-0004 東京都新宿区四谷1-13 カタオカビル2F		
TEL	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
E-mail	△△△@△△.△△		

独立型社会福祉士としての実務経験は、認定社会福祉士制度にあわせ、「高齢」「障害」「児童・家庭」「医療」「地域社会・多文化」に分かれています。

分野ごとの従事日数の記入が必要です。

## ○分野ごとの従事日数 (毎年4月1日～3月31日)

※当年度における実務経験日数をご記入ください。なお、1日以内でのダブルカウントはできません。例えば、午前、午後で別分野での実践を行った場合は、どちらかの分野を優先して日数を1日として記載してください。

活動内容 (実務経験)	分野	日数	備考
独立型社会福祉士としての 実務経験  ※本会が実務経験証明発行	高齢	0	例えば午前中は高齢分野、午後からは障害分野での実践を行った場合はどちらかの分野を優先して日数を1日として
	障害	0	
	児童・家庭	0	
	医療	0	
	地域社会・多文化	230	
	小計	230	
他機関、事業所等から 従事証明の発行が可能な 実践経験	高齢	0	認定社会福祉士認定申請における実務経験期間は申請年度から10年前の4月1日以降から申請日までを対象とし、5年以上かつ900日以上
	障害	0	
	児童・家庭	0	
	医療	0	
	地域社会・多文化	0	
	小計	0	
その他活動 (事業内容: )		36	相談援助実習指導
小計		36	
合計		266	

## ○独立型社会福祉士に関する研修受講状況

※該当するところにチェックを入れて下さい。また受講研修概要を記載ください。

なお、名簿登録有効期間(5年間)に、本会及び都道府県社会福祉士会が主催する「独立型社会福祉士に関する研修」を1回以上修了することが、名簿登録の更新要件となります。

1) 当該年度の研修受講状況			
<input checked="" type="checkbox"/> 受講した→以下に受講した研修概要を記載ください		<input type="checkbox"/> 受講していない	
2) 受講した研修概要			
研修の名称	主催	年月日	備考
	社会福祉士会	年 月 日～ 月 日	
	社会福祉士会	年 月 日～ 月 日	

※本書の記載内容は、名簿登録者の申し出により、日本社会福祉士会が独立型社会福祉士名簿登録者の名簿登録期間における実務経験を証明する際に使用します。記載内容に虚偽又は重大な過失があった場合は、名簿登録規程に従って名簿登録から削除されることがあります。また、必要に応じて従事日数の根拠となる資料を提出いただく場合があります。