

(様式第2号)

一般公開用

### 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 2023 年 4 月 24 日

ふりがな	たにがわ ひとみ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	谷川 ひとみ	福島県	4788
事業所の名称	谷川社会福祉士事務所		
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	特段の定めなし		
開業・登記届出年月日	2001年4月1日	相談援助に関わる契約書等の有無	<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) ・福祉相談全般 ・成年後見制度利用に関する相談、後見人等の受任 ・成年後見制度利用促進のための体制整備に関する相談・助言 ・福祉専門職へのスーパーバイズ ・高齢者・障害者虐待防止、虐待対応等の権利擁護に関する相談・助言 ・権利擁護、相談援助、ファシリテーション等に関する研修講師 等			
社会福祉士資格取得年度	1997 年度		
従事した主な分野	高齢者		
社会福祉士以外の資格	看護師		
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (修了年度 2012 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	〒960-8068 福島県福島市		
連絡先	TEL 090 (4517) 4743	FAX	
	Eメールアドレス: hitomi-t@jb3.so-net.ne.jp		
ホームページ	なし		
事業所までの交通手段	最寄りの交通機関 (電車・バス等) からの時間、近くにある目印等を以下にご記入ください。 東北新幹線 福島県から徒歩5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。

※TEL、FAX、Eメールアドレスのいずれか1つは入力ください。

2021.8.21