

(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 20 23年 4月 14 日

ふりがな	あおき やすひさ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	青木 康壽	群馬	9065
事業所の名称	有限会社アオキソーシャルワーカーオフィス「オアシス市役所前オフィス」		
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 type="checkbox"/> LLC (合同会社) <input type="checkbox"/> LLP <input checked="" type="checkbox"/> 有限会社 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
営業日	月～金(十日祝日、お盆、年末年始は休み)		
開業・登記届出年月日	平成16年1月15日	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)  1 成年後見(法定・任意後見)受任しています。 2 平成29年よりアルコール依存症の相談支援を始めました。			
社会福祉士資格取得年度	平成12年度		
従事した主な分野	精神障害・高齢者		
社会福祉士以外の資格	精神保健福祉士・主任介護支援専門員		
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 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 (修了年度 25 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)	〒 375-0015 群馬県藤岡市中栗須92-1ノースリッチ1F		
	TEL 0274 ( 50 ) 8175	FAX 0274 ( 50 ) 8176	
	Eメールアドレス: aoki@asw-office.jp		
	ホームページ: http://www.asw-office.jp/		
事業所までの交通手段	最寄り駅: 八高線 線 群馬藤岡 駅から 徒歩15分 (藤岡市役所すぐそば)		

※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。

2016.2.6