

(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 2020年4月13日

ふりがな	おがた ひとし		都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	尾方 仁		群馬県	30783
事業所の名称	おがた社会福祉事務所			
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	2019年10月1日			
開業・登記届出年月日	2019年10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) *介護タクシー事業 *社会福祉教育活動 (大学等) *成年後見事業 *ソーシャルワーカースーパービジョン *その他社会福祉関連事業				
社会福祉士資格取得年度	平成14年度			
従事した主な分野	医療分野			
社会福祉士以外の資格	認定医療社会福祉士、介護支援専門員、普通第二種免許、			
社会福祉士の認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認定社会福祉士	初回登録日平成26年4月1日	医療	分野
	<input type="checkbox"/> 上級社会福祉士	初回登録日	年	月 日
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 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 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 平成23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)	〒377-0007		
	群馬県渋川市石原 2404-37		
	TEL 090 (9016) 3994	FAX 0279 (51) 9884	
	Eメールアドレス: ogajin0413@ksh.biglobe.ne.jp		
事業所までの交通手段	ホームページ: <a href="http://www7b.biglobe.ne.jp/~ogajin/index.html">http://www7b.biglobe.ne.jp/~ogajin/index.html</a>		
	最寄り駅: 上越線 渋川 駅から 車で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。