

(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 6 日

ふりがな	都道府県社会福祉士会名		会員番号
氏名	伊藤 榮子	千葉県	5759
事業所の名称	伊藤社会福祉士事務所		
事業所の形態	■ 個人 □ 法人 (□一般社団 □NPO □社会福祉法人 □株式会社 □合名会社 □合資会社 □LLC (合同会社) □LLP □有限会社) □ その他 ()		
営業日	月曜日～金曜日		
開業・登記届出年月日	2005年3月1日	相談援助に関わる契約書等の有無	□ 契約書 □ 報酬規程 □ 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) 法定後見の受任			
社会福祉士資格取得年度	平成10年度		
従事した主な分野	高齢者		
社会福祉士以外の資格	介護福祉士		
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 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 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	〒277-0827 千葉県柏市松葉町6-25-13		
連絡先	TEL 04 (7133) 6165	FAX 04 (7133) 6165	
	Eメールアドレス: ito@e.email.ne.jp		
ホームページ			
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。 JR常磐線 北柏駅からバス8分 徒歩3分 つくばエクスプレス線 柏の葉キャンパス駅からバス5分 徒歩3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