

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 2017 年 5 月 1 日

ふりがな	えがわ てるゆき	都道府県社会福祉士会名		会員番号
氏名	江川 輝之	東京都		12579
事業所の名称	えがわ社会福祉士事務所			
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	土、日曜日及び年末年始 (12月30日～1月3日) を除く 9:00～17:00			
開業・登記届出年月日	2017 年 4 月	契約書等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 契約書 <input 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) ・ 成年後見制度に関する相談、申立て相談等 ・ 成年後見受任 ・ 社会福祉全般に関する相談等 ・ 研修の講師等				
社会福祉士資格取得年度	2001 年度			
従事した主な分野	救護施設・介護老人福祉施設・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター			
社会福祉士以外の資格	介護福祉士・介護支援専門員・相談支援専門員			
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 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 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 (公開可能な範囲でご記入ください)	〒196-0012		
	東京都昭島市つつじが丘 2-7-25-501		
	TEL 080 (6544) 9040	FAX 042 (544) 9515	
	Eメールアドレス: egawa.1224.1959@ksn.biglobe.ne.jp		
事業所までの交通手段	ホームページ:		
	最寄り駅: JR 青梅線 昭島駅から 徒歩 20 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。