

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 2015年4月30日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | ふくもと まき | 都道府県社会福祉士会名 | 会員番号 |
| 氏名 | 福本 麻紀 | 東京 | 510 |
| 事業所の名称 | フクモト社会福祉士事務所 | | |
| 事業所の形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人 (□一般社団 □NPO □社会福祉法人 □株式会社 □合名会社 <input type="checkbox"/> □合資会社 □LLC (合同会社) □LLP □有限会社) <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 営業日 | 平日 (必要に応じて平日以外も対応) | | |
| 開業・登記 届出年月日 | 2007年4月 1日 | 契約書等 の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 契約書 <input checked="" 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) | | | |
| 子どもの居場所づくり 見守り支援 成年後見相談 地域福祉に関する研究事業 | | | |
| 社会福祉士資格取得年度 | 1991年度 | | |
| 従事した主な分野 | 地域福祉 | | |
| 社会福祉士以外の資格 | 介護支援専門員 | | |
| 社会福祉士の認定状況 | □ 認定社会福祉士 | 認定日 年 月 日 | 分野 |
| | □ 上級社会福祉士 | 認定日 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) 社会福祉士会の会員が開設した事業所である <input checked="" type="checkbox"/> (2) 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 2009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) | 〒204-0022 東京都清瀬市松山2-3-14 | |
| | TEL 070(5586)5393 FAX | |
| | Eメールアドレス : ibuki1akari2@docomo.ne.jp | |
| | ホームページ : | |
| | 事業所までの交通手段 | |
| 最寄り駅 : 西武池袋線 清瀬駅から6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。