

(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 29 日

ふりがな	かとう のりこ	都道府県社会福祉士会名	神奈川県	会員番号	18211		
氏名	加藤 典子	神奈川県		18211			
事業所の名称	オフィス楽音～加藤社会福祉士事務所						
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	火・水曜日(応相談)						
開業・登記届出年月日	2012 年 5 月 日	相談援助に関わる契約書等の有無	<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) ・ 難病や慢性疾患の患者や家族に対する相談支援 ・ 社会福祉・成年後見制度の利用等に関する支援 ・ 成年後見制度等の申立手続き支援、後見人の受任等							
社会福祉士資格取得年度	2004 年度						
従事した主な分野	高齢・障がい分野						
社会福祉士以外の資格	教員免許						
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、適切な実習指導體制が整っている <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	〒257-0004 神奈川県秦野市下大槻		
連絡先	TEL	()	FAX ()
	Eメールアドレス : ladogaseyrimyanta@gmail.com		
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。 小田急線東海大学前駅・鶴巻温泉・秦野駅及び東海道線平塚駅よりバス利用にて約 10～40 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。