

## 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 2019年 1月 4日

ふりがな	ふえき ゆりこ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	笛木 百合子	新潟県社会福祉士会	11183
事業所の名称	サポートオフィス 笛木社会福祉士事務所		
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	原則 月から金曜日 時間外、休日等に緊急対応あり		
開業・登記届出年月日	平成 24 年 4 月 1 日	契約書等の有無	<input checked="" 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)  後見人業務：法定後見人、任意後見人  介護保険外業務：希望に応じた移動、外出、買物、外食、墓参、セレモニー出席支援など			
社会福祉士資格取得年度	1999 年度		
従事した主な分野	高齢者、障がい児者など		
社会福祉士以外の資格	介護福祉士、臨床検査技師		
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 (公開可能な範囲でご記入ください)	〒950-2064 新潟市西区寺尾西4丁目8番27号		
	TEL 025 (269) 1159	FAX 同左 ( )	
	Eメールアドレス: yuriko@f.emal.ne.jp		
	ホームページ: なし		
事業所までの交通手段	最寄り駅: 越後線 線 寺尾 駅から 15 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。