

## 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25日

ふりがな	かさい やすこ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	河西 保子	山梨県	42161
事業所の名称	KASAI Office 株式会社 みのり居宅介護支援事業所		
事業所の形態	<input type="checkbox"/> 個人 <input checked="" 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 checked="" 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	2012年4月1日		
開業・登記届出年月日	2011年7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 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) ① 居宅介護支援事業・介護予防支援事業 ② 山梨県社会福祉士会 地域包括支援委員会 ③ 甲府市社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会委員/甲府市在宅医療・介護連携協議会委員/山梨県地域包括ケア推進協議会委員 ④ 社会福祉士実習指導			
社会福祉士資格取得年度	2011年度		
従事した主な分野	高齢分野		
社会福祉士以外の資格	主任介護支援専門員・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 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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> 有 (修了年度 2021 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)	〒400-0865 山梨県甲府市太田町 3-12		
	TEL 055 ( 228 ) 1332	FAX 055 ( 288 ) 9198	
	Eメールアドレス: kasai_office_minori@yahoo.co.jp		
	ホームページ:		
事業所までの交通手段	最寄り駅: 中央線 甲府駅から 車 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。