

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 2025 年 4 月 15 日

ふりがな	なかがみ ともこ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏 名	中上 知子	埼玉県	3 3 6 6 6
事業所の名称	ソーシャルサポートいしずえ		
事業所の形態	☒ 個人 ☐ 法人 (☐ 一般社団 ☐ N P O ☐ 社会福祉法人 ☐ 株式会社 ☐ 合名会社 ☐ 合資会社 ☐ L L C (合同会社) ☐ L L P ☐ 有限会社) ☐ その他 ()		
営業日	月～金 (土日也要相談)		
開業・登記 届出年月日	2014 年 1 月 1 日	相談援助 に関わる 契約書等 の有無	☐ 契約書 ☐ 報酬規程 ☐ 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) 成年後見活動 相談 福祉相談 等			
社会福祉士資格取得年度	2009 年度		
従事した主な分野	地域社会・多文化、高齢、障害		
社会福祉士以外の資格	精神保健福祉士		
社会福祉士の認定状況	☒ 認定社会福祉士 ☐ 上級社会福祉士	初回登録日 2024 年 4 月 1 日 地域社会・多文化分 野 初回登録日 年 月 日	更新__回 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 ☒ (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 ☒ (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 ☒ (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 ☐ (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 ☒ (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		☒ 有 (修了年度 2018 年)	☐ 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	〒 埼玉県川口市	
連絡先	TEL ()	FAX ()
	Eメールアドレス: tomokonaka2525@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。	

※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。