

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 2024年 4月 15日

ふりがな	ふじき えみ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏 名	藤木 エミ	大阪	6 3 9 5 1
事業所の名称	ケアサポートあん		
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	月曜日～金曜日 午前9時～午後5時		
開業・登記 届出年月日	令和6年 2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） ・介護保険法に基づく指定居宅介護支援事業 ・障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業 ・児童福祉法に基づく障がい児相談支援事業 ・福祉に関する各種相談 ・後見人受任			
社会福祉士資格取得年度	平成31 年度		
従事した主な分野	高齢者		
社会福祉士以外の資格	看護師・精神保健福祉士・主任介護支援専門員・相談支援専門員・認定ケアマネジャー		
社会福祉士の認定状況	☐ 認定社会福祉士 初回登録日 年 月 日 _____分野 更新____回 ☐ 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 ☒ (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 2023 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	〒 -		
連絡先	TEL 06-6180-6683	FAX 06-6180-6685	
	Eメールアドレス： ann.longroad.0818@gmail.com		
ホームページ			
事業所までの 交通手段			

※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。