

## 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 2026年 4月 16日

ふりがな	都道府県社会福祉士会名		会員番号
氏名	葛間 雅由	愛知県	17939
事業所の名称	社会福祉士事務所 まいか (MyCA)		
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	週5日 火曜日～土曜日 (年末年始、祝祭日を除く)		
開業・登記届出年月日	2018年 4月 1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) 1. 成年後見に関する助言 2. 障害者総合支援法における障害者介護給付等の審査会委員、学識経験者・専門職としての各種委員会委員 3. 障がい者の福祉サービス利用などの生活相談に対する支援 障がい当事者活動の支援、グループワーク等			
社会福祉士資格取得年度	1994 (平成6) 年度		
従事した主な分野	障がい者福祉、相談支援		
社会福祉士以外の資格			
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 <b>※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。</b>			
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 checked="" type="checkbox"/> 有 (修了年度 2010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	〒478-0012 愛知県知多市巽が丘4丁目344番地		
連絡先	TEL	080 (5291) 0765	FAX ( )
	Eメールアドレス:		
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。