

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 3日

ふりがな	こんどう としひで	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	近藤 俊英	福井県社会福祉士会	21941
事業所の名称	社会福祉士事務所 十色		
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	基本的に年中無休 (事務所不在時は携帯電話で対応)		
開業・登記届出年月日	2011年4月1日	相談援助に関わる契約書等の有無	<input 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)			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職後見人 ・ 講師 			
社会福祉士資格取得年度	2005年度		
従事した主な分野	市社会福祉協議会、地域生活定着支援センター、スクールソーシャルワーカー等		
社会福祉士以外の資格	なし		
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			
<ul style="list-style-type: none"> ■ (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		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (修了年度 2008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	〒918-8239 福井県福井市成和1丁目1114番地 八田ビル2B		
連絡先	TEL	0776 (97) 9702	FAX 0776 (97) 9703
	Eメールアドレス: ktoshihide_teranishi@yahoo.co.jp		
ホームページ	なし		
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。 ハピラインふくい 福井駅から徒歩20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。

※TEL、FAX、Eメールアドレスのいずれか1つは入力ください。