

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7日

ふりがな	のなか かつじ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	野中 勝治	福岡県社会福祉士会	30106
事業所の名称	一般社団法人 Center of the Field		
事業所の形態	<input checked="" type="checkbox"/> 個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人 (<input checked="" 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	特定なし		
開業・登記届出年月日	2008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） < 法人事業 > <input type="checkbox"/> 一般社団法人 Center of the Field ・自立援助ホーム ケイ ・自立援助ホーム ケイ セカンド ・自立援助ホーム ケイ アネックス ・自立援助ホーム ケイ フロンティア ・自立援助ホーム ケイ レガシー ・一時保護施設 イチホ ・児童家庭支援センター ジカセン ・放課後等デイサービス ライブ ・相談支援事業所 スタジオ < 個人事業 > <input type="checkbox"/> スクールソーシャルワーカー活用事業 <input type="checkbox"/> 福岡労務管理コンサルティングサービス（社会保険労務士事務所） <input type="checkbox"/> 福岡地方検察庁 アドバイザー業務 <input type="checkbox"/> 未成年後見人業務 <input type="checkbox"/> 成年後見人業務 <input type="checkbox"/> スーパービジョン(社会福祉士)業務 <input type="checkbox"/> 福岡県福祉サービス第三者評価調査者 <input type="checkbox"/> 大学・専門学校 非常勤講師 <input type="checkbox"/> 連載・執筆(「小学館」等)、講演活動			
社会福祉士資格取得年度	2006 年度		
従事した主な分野	児童家庭福祉分野・スクールソーシャルワーク分野・司法福祉分野		
社会福祉士以外の資格	精神保健福祉士・特定社会保険労務士・公認心理師・キャリアコンサルタント こども家庭ソーシャルワーカー・宅地建物取引士・賃貸不動産経営管理士		
社会福祉士の認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認定社会福祉士	初回登録日 2017年4月1日	児童・家庭分野 更新 <u>1</u> 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 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	〒	
連絡先	TEL ()	FAX ()
	Eメールアドレス: nonakakatuji@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。

2021.8.21