

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 4日

ふりがな	ひらおか のりえ	都道府県社会福祉士会名		会員番号
氏名	平岡 紀江	福岡県		41739
事業所の名称	大橋社会福祉士事務所			
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	月～金			
開業・登記届出年月日	2016年 6月 1日	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) ◎ 福岡市南区大橋を拠点に活動 ・ 成年後見人等受任 ・ 任意後見人受任 ・ 各種相談支援 (児童・高齢者・障がい者・生活相談等)				
社会福祉士資格取得年度	2001年度			
従事した主な分野	医療・障害・司法・児童			
社会福祉士以外の資格	精神保健福祉士・介護支援専門員			
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
	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 上級社会福祉士	初回登録日	年 月 日	更新__回
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 type="checkbox"/> 有 (修了年度 年)		<input checked="" 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 (公開可能な範囲でご記入ください)	〒815-0032		
	福岡県福岡市中央区天神2丁目		
	TEL	070-6597-0607	FAX ()
	Eメールアドレス: ohashi.social.office@gmail.com		
ホームページ:			
事業所までの交通手段	最寄り駅: 西鉄大牟田線 天神駅		

※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。

※所在地情報については、HP公開を前提に可能な範囲でご記入ください。