

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 2023 年 4 月 26 日

ふりがな	かわかみ たかし	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	河上 高志	京都	245
事業所の名称	社会福祉士事務所 ノーマ		
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	月曜日～金曜日 (必要に応じて土日も営業)		
開業・登記届出年月日	2012年 4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)			
成年後見 後見・福祉サービス相談 講師			
社会福祉士資格取得年度	1989年度		
従事した主な分野	障害者福祉 高齢者福祉 地域福祉		
社会福祉士以外の資格	精神保健福祉士 介護支援専門員 住環境コーディネーター2級		
社会福祉士の認定状況	<input type="checkbox"/> 認定社会福祉士	認定日 年 月 日 _____ 分野	更新 _____ 回
	<input type="checkbox"/> 上級社会福祉士	認定日 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) 社会福祉士会の会員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 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 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 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 (公開可能な範囲でご記入ください)	〒614-8038		
	京都府八幡市八幡園内50-31		
	TEL	075(982)4566	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	最寄り駅: 京阪線 石清水八幡宮駅から バス5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。

※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。