

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 3月 15日

ふりがな	ふじき えみ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	藤木 エミ	大阪	63951
事業所の名称	ケアサポートあん		
事業所の形態	<input type="checkbox"/> 個人 <input checked="" 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 checked="" 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 午前9時～午後5時		
開業・登記届出年月日	令和3年 10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 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) ・介護保険法に基づく指定居宅介護支援事業 ・障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業 ・児童福祉法に基づく障がい児相談支援事業 ・福祉に関する各種相談			
社会福祉士資格取得年度	平成31 年度		
従事した主な分野	高齢者		
社会福祉士以外の資格	看護師 主任介護支援専門員 相談支援専門員 認定ケアマネジャー		
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			
<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 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 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	〒 570 - 0021 大阪府守口市八雲東町2丁目32-27-1階		
連絡先	TEL	06 (6786) 9600	FAX 06 (6786) 9601
	Eメールアドレス: ann.longroad.0818@gmail.com		
ホームページ			
事業所までの交通手段	大阪モノレール、大阪メトロ谷町線 大日駅から徒歩8分 京阪本線西山荘駅から徒歩8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。