

(様式第2号)

一般公開用

### 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 1月 1日

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| ふりがな  | わたなべ じゅんいち  | 都道府県社会福祉士会名  | 会員番号  |
| 氏名  | 渡邊 純一   | 栃木県  | 32253   |
| 事業所の名称  | 一般社団法人 南栃木社会福祉士事務所  |  |   |
| 事業所の形態  | <input type="checkbox"/> 個人<br><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<br><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 )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |   |
| 営業日   | 月曜日～金曜日 (国民の祝日、8月13日～16日及び12月29日～翌年1月3日を除く)   |  |   |
| 開業・登記届出年月日  | 2020年4月24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)   |   |  |   |
| 1.社会福祉に関する総合相談支援事業 2.障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に定める相談支援事業 3.児童福祉法に定める障害児相談支援事業 4.介護保険法に定める居宅介護支援事業 5.成年後見制度利用に関する相談、関係者との連絡調整援助に関する事業 6.社会福祉に関する知識及び援助技術の普及、啓発に関する事業 7.民間及び公共団体等からの社会福祉に関する受託事業 8.その他前各号に掲げる事業に付帯又は関連する事業 |   |  |   |
| 社会福祉士資格取得年度   | 2008年度  |  |   |
| 従事した主な分野  | 障害者福祉   |  |   |
| 社会福祉士以外の資格  | 精神保健福祉士   |  |   |
| 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<br>※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 2012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        | 〒328-0013<br>栃木県栃木市昭和町2-8                                      |                  |  |
| 連絡先        | TEL 0282(51)3598   | FAX 0282(51)3598 |  |
|            | Eメールアドレス: stsw@cc9.ne.jp                                       |                  |  |
| 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。<br>東武日光線新栃木駅から徒歩10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。