

## 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 2022年5月24日

ふりがな	おおの みどり		都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	大野 みどり		山口県	34285
事業所の名称	特定非営利活動法人 はぐ			
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 checked="" 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	1月4日 ~ 12月29日			
開業・登記届出年月日	平成23年10月21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) ・福祉総合相談支援 ・児童福祉法に基づく障害児通所支援事業 児童発達支援 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援 指定障害児相談支援事業所 指定特定相談支援事業所				
社会福祉士資格取得年度	2001年度			
従事した主な分野	老人福祉 児童福祉 障害者(児)福祉			
社会福祉士以外の資格	精神保健福祉士 保育士 介護支援専門員 相談支援専門員			
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"/> 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 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 2014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	〒741-0061 山口県岩国市錦見7丁目2-16	
連絡先	TEL 0827 ( 35 ) 4224	FAX 0827 ( 35 ) 4228
	Eメールアドレス: cswhagu@bz04.plala.or.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。	

※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。