

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 5 月 1 日

ふりがな	まつざわ ひでき	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	松澤 秀樹	福岡県社会福祉士会	6687
事業所の名称	社会福祉士事務所まほろば		
事業所の形態	<input checked="" 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～土曜日		
開業・登記届出年月日	2008 年 5 月 14 日	相談援助契約書等の有無	<input type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input checked="" type="checkbox"/> 報酬規程
主な事業内容 (独立型社会福祉士事業所として) 個別相談支援、事業コンサル、スーパービジョン、カウンセリング、巡回指導・講師・講演、			
社会福祉士資格取得年度	1995 年度		
従事した主な分野	児童家庭福祉、老人福祉、地域支援活動、学校ソーシャルワーク・カウンセリング		
社会福祉士以外の資格	公認心理師、精神保健福祉士、介護支援専門員、産業カウンセラー		
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 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 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	〒816-0802 福岡県春日市春日原北町1丁目		
連絡先	TEL ()	FAX ()	
	Eメールアドレス: hidekimatsuzawa.79@facebook.com		
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。