

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 2017年5月21日

ふりがな	よしだ まさこ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	吉田 雅子	北海道	39366
事業所の名称	ソーシャルワークセンター シロニジ		
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 checked="" 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		
開業・登記届出年月日	2013年02月22日	契約書等の有無	<input checked="" 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) * 福祉に関する総合相談窓口 * 社会福祉等に関するセミナーの開催・講師 * 成年後見制度における後見人等の受任 * 任意後見契約における受任 * 委任契約・死後事務契約における受任 * 社会福祉士等の人材育成のための教育事業 * その他			
社会福祉士資格取得年度	2009年度		
従事した主な分野	MSW		
社会福祉士以外の資格	介護支援専門員		
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 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 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 2011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)	〒061-1427 北海道恵庭市美咲野5丁目1番1号		
	TEL 0123(31)3263	FAX 0123(31)2069	
	Eメールアドレス: info@shironiji.com		
	ホームページ: www.shironiji.com		
事業所までの交通手段	最寄り駅: JR千歳線 恵庭駅から徒歩30分		