

(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 2013年 4月 30日

ふりがな	まきた こうじ	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	蒔田 弘次	青森県	30810
事業所の名称	居宅介護支援事業所 くつろぎ		
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	平成 22 年 8 月 1 日		
開業・登記 届出年月日	平成 22 年 8 月 1 日	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) ・ 居宅サービス計画の作成及び変更の支援 ・ 介護予防計画の作成支援 ・ 施設入所に関する支援 ・ 要介護認定等の申請に関する支援 ・ 成年後見に係る相談業務			
社会福祉士資格取得年度	平成 19 年度		
従事した主な分野	生活保護		
社会福祉士以外の資格	社会福祉主事・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	認定日 年 月 日 _____分野	更新__回
	<input type="checkbox"/> 上級社会福祉士	認定日 年 月 日 _____分野	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) 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 (公開可能な 範囲でご記入 ください)	〒037-0044 五所川原市字元町112番地1		
	TEL 0173 (34) 3362	FAX 0173 (34) 3362	
	Eメールアドレス: cmc80270@pop27.odn.ne.jp		
	ホームページ:		
事業所までの 交通手段	最寄り駅: 五能線 五所川原駅から 15分		