

## 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 04 月 15 日

ふりがな	おおいがわ やすこ		都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	大井川 泰子		福島県	1356
事業所の名称	ヒロ 社会福祉士事務所			
事業所の形態	<input checked="" type="checkbox"/> 個人 <input 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 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～金曜日 9:00～17:00 (緊急時随時対応)			
開業・登記届出年月日	2012 年 04 月 01 日	契約書等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 契約書 <input checked="" 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) ①福祉、保健、医療に関わる相談支援 ②成年後見制度相談、及び後見の受任 ③研修 (実践のスーパービジョンなど)				
社会福祉士資格取得年度	1993 年度			
従事した主な分野	高齢者福祉 精神保健 介護教育			
社会福祉士以外の資格	主任介護支援専門員 精神保健福祉士 中学校教員免許			
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	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 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 type="checkbox"/> (5) 損害賠償保険等に加入している (2013年6月以降予定)				
Ⅱ. 「社会福祉士実習指導者講習会」修了者の有無		<input type="checkbox"/> 有 (修了年度 年)		<input checked="" 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)	〒974-8241 福島県いわき市山田町井上 16		
	TEL 0246-63-6535		FAX 0246-63-6535
	Eメールアドレス: yoigawa@gmail.com		
	ホームページ:		
事業所までの交通手段	最寄り駅: 常磐 線 植田 駅から車で 10 分		