

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 2024年 4月 29日

ふりがな	すのはら のぶゆき	都道府県社会福祉士会名	会員番号
氏名	春原 伸行	長野県社会福祉士会	20887
事業所の名称	社会福祉士事務所 ハミングバード		
事業所の形態	■ 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	月曜日～金曜日 AM9:00～PM5:00 原則予約制 (年末年始、祝日は休み)		
開業・登記届出年月日	2019年 8月 10日	契約書等の有無	<input 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) ・福祉に関する相談 (高齢者分野・児童分野) ・成年後見制度に関する相談、成年後見人等受任、普及啓発活動講師受任			
社会福祉士資格取得年度	2005 年度		
従事した主な分野	高齢者福祉分野、児童福祉分野		
社会福祉士以外の資格	ヘルパー2級、ガイドヘルパー、住環境コーディネーター2級		
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	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 ■ (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 ■ (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 ■ (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 ■ (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 ■ (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 2007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)	〒3086-0411		
	長野県上田市生田 2393-50		
	TEL 0268 (43) 0579	FAX 0268 (43) 0579	
	Eメールアドレス: sunohara.swo@icloud.com		
ホームページ:			
事業所までの交通手段	最寄り駅: しなの鉄道線 大屋駅から 徒歩 30分 車 6分		

※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。

※所在地情報については、HP公開を前提に可能な範囲でご記入ください。