

## 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1日

ふりがな	なかむら のりこ	都道府県社会福祉士会名		会員番号
氏名	中村 教子	愛知県		9698
事業所の名称	中村社会福祉士事務所			
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	特段の定め無し			
開業・登記届出年月日	2008年11月4日	相談援助に関わる契約書等の有無	<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) 福祉相談等 成年後見(相談 受任等) 教育関係等				
社会福祉士資格取得年度	2000年度			
従事した主な分野	高齢者分野			
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 介護福祉士 中学校教諭(社会),高校教諭(公民)			
社会福祉士の認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認定社会福祉士	初回登録日 2018年4月1日 高齢分野	更新 1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 <b>※ 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。</b>				
<b>I. 実習施設等の要件</b> <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 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				
<b>II. 「社会福祉士実習指導者講習会」修了者の有無</b>		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (修了年度 2008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	〒		
連絡先	TEL ( )	FAX ( )	
	Eメールアドレス: p2030187@n-fukushi.ac.jp		
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。