

(記載例)

(保育施設名)

○○○○○○

施設の所在地 〒○○○○-○○○○○

○○県○○市○○ 1-2-3 △ビル

事業開始年月日 ○年○月○日

設置者 ○○株式会社 (代表 ○○○○)

管理者 (施設長) ○○○○

提供する保育サービス

◇ 開所時間

○月曜日～金曜日 ○：○○～○：○○ (延長時間帯～○：○○まで)
○土日・祝祭日 ○：○○～○：○○ (延長時間帯～○：○○まで)

◇ 定員

30名 (0歳児5名 1・2歳児10名 3歳以上児 (就学前まで) 15名)

◇ 保育内容・利用料金

○月極預かり * * * 円～* * * 円
○一時預かり * * * 円～* * * 円
○延長保育料金 * * * 円～* * * 円

*利用料金はお子さんの年齢等によって異なります。詳しくは窓口までお問い合わせください。

上記料金の他、別途食事代 (* * 円)、おむつ代 (* * * 円)等がかかります。

◇ 保育従事者等の配置

○当保育室は、通常、次のような保育従事者を配置しています。

月曜日～金曜日

○：○○～○：○○ 8名 (保育士6名 その他2名)
○：○○～○：○○ 4名 (保育士3名 その他1名) (延長時間帯)

土日・祝祭日

○：○○～○：○○ 8名 (保育士6名 その他2名)
○：○○～○：○○ 4名 (保育士3名 その他1名)

○その他調理員1名を配置しています。

◇ 設置者が過去に事業停止命令又は施設閉鎖命令を受けたか否かの別 (受けたことがある場合には、その命令の内容、その命令を行った都道府県等名及びその命令を行った年月日を含む。)

無・有 () (○○県 : ○年○月○日)

施設の概要

◇ 建物の構造 鉄筋コンクリート造り

◇ 主な設備

・保育室 (2階○室) * * m² 　・調理室 (2階○室) * * m²
(3階○室) * * m² 　・その他 * * m²
・乳児室 (2階○室) * * m²

総延べ面積 * * m²

緊急時等の対応等

◇ 緊急時等における対応方法

「○○保育園緊急時等対応マニュアル」を定めています。

◇ 提携する医療機関・所在地・提携内容

当施設は、△△△病院と提携しており、お子さまが急に発病した場合や、けがを負った場合にお連れすることとしています。

また、月極保育のお子さまに対しては、△△△病院の医師による年○回の定期健康診断を実施します。

【医療機関】 △△△病院

【所在地】 〒○○○○-○○○○○ ○○県○○市○○ 1-10-20

◇ 利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

保険の種類	
保険事故(内容)	
保険金額	* * * * 円

◇ 非常災害対策

「○○保育園非常災害時対応マニュアル」を定めています。

◇ 虐待の防止のための措置

「○○保育園虐待防止マニュアル」を定めています。

当施設は児童福祉法第35条の認可を受けていない保育施設 (認可外保育施設) として、同法第59条の2に基づき都道府県への設置届出を義務付けられた施設です。

※設置届出先 福井県 (健康福祉部 児童家庭課)

(TEL 0776-20-0342)