

〇〇〇〇 (施設名) 利用に当たって

令和〇年〇月〇日

(契約者名) 〇〇〇〇 様

(設置者名) 〇〇〇〇

当保育施設は、以下の内容で保育サービスを提供いたします。

- ◇ 保育内容・料金
- ◇ 利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額
- ◇ 提携する医療機関・所在地・提携内容
- ◇ その他条件等

※当保育施設の保育内容等に関する問い合わせ、苦情等の受付先は下記のとおりです。

(担当者氏名) 〇〇〇〇 (職名:)
(担当者連絡先) TEL 01-2345-6789
(受付時間)

施設の概要

- 施設の名称・所在地
- 設置者氏名(名称)・住所(所在地)
- 管理者(施設長)氏名・住所

※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 TEL0776-20-0342】