

# 〇〇〇 保育室

施設の所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇-〇-〇

事業開始年月日 令和〇〇年〇月〇日

設置者 〇〇〇〇

管理者(施設長) △△△△

## ◇ 開所時間

〇月曜日～金曜日 〇:〇〇～〇:〇〇(延長時間帯～〇:〇〇まで)

〇土日・祝祭日 〇:〇〇～〇:〇〇(延長時間帯～〇:〇〇まで)

## ◇ 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

〇月極預かり \*\*\*円～\*\*\*円

〇一時預かり \*\*\*円～\*\*\*円

〇延長保育料金 \*\*\*円～\*\*\*円

※利用料金はお子さま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。

※変更が生じたことがある場合には当該変更の直近の内容及びその理由も記載

## ◇ 保育従事者等の配置

月曜日～金曜日

〇:〇〇～〇:〇〇 8名(保育士6名 その他2名)

〇:〇〇～〇:〇〇 4名(保育士3名 その他1名)

(延長時間帯)

土日・祝祭日

〇:〇〇～〇:〇〇 8名(保育士6名 その他2名)

〇:〇〇～〇:〇〇 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。

## ◇ 設置者及び職員に対する研修受講状況

※法第6条の3第11項に規定する業務を目的とする施設又は保育する乳幼児が5人以下の施設のみ記載

◇ 利用者に対する保険の種類・保険事故・保険金額

◇ 提携する医療機関の名称・所在地・提携内容

○ 医療機関 △△△病院

○ 所在地 〒○○○-○○○○ ○○市○○1-10-20

※ 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。

◇ 緊急時等の対応

○ 保育中に容体の変化等があった場合は、あらかじめ保護者が指定した緊急連絡先へ連絡をするとともに、速やかに提携医療機関又は主治医に連絡を取るなどの必要な措置を講じます。

○ 保護者と連絡が取れない場合は、お子さまの身体の安全を最優先させ、当園が責任を持って、しかるべき対処を行いますので、あらかじめご了承願います。

◇ 非常災害対策

○ 連絡方法 <電話不通を予想して、あらかじめNTT災害用伝言ダイヤル(171)、災害用伝言板(web171)、X、Facebook、LINE等複数の連絡手段を決めておきましょう。>

○ 避難訓練 火災・地震等を想定した消火及び避難訓練を月1回実施

○ 避難場所 第1避難場所 ○○公園、第2避難場所 ○○小学校

◇ 虐待防止のための措置

○ 研修 お子さまの人権の擁護及び虐待の防止を図るため、児童虐待防止研修を年1回実施しています。

◇ 建物の構造 鉄筋コンクリート造り

◇ 主な構造

- ・ 保育室 (2階 ○室) \*\* m<sup>2</sup> ・ 調理室 (2階○室) \*\* m<sup>2</sup>  
(3階 ○室) \*\* m<sup>2</sup> ・ その他 \*\* m<sup>2</sup>
- ・ 乳児室 (2階 ○室) \*\* m<sup>2</sup>

総延べ面積 \*\*

◇ 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ことがあるか

なし ・  あり (内容: )

当施設は児童福祉法第 3 4 条の 1 5 第 2 項若しくは同法第 3 5 条第 4 項の認可又は認定こども園法第 1 7 条第 1 項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 5 9 条の 2 に基づき都道府県への設置届出を義務づけられた施設です。

\*設置届出先 京都府〇〇保健所 福祉課  
(TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇)