

〇〇(施設名)の利用に当たって

令和 年 月 日

(契約者名)

様

(設置者名)

印

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)

(職名：)

(担当者連絡先) Tel

(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

※ 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に基づき長崎県への設置届出を義務付けられた施設です。

【設置届出先：長崎県(福祉保健部こども政策局こども未来課) Tel095-895-2684】

〇〇〇保育室の利用に当たって

令和 年 月 日

(契約者名) 〇〇 〇〇 様

〇〇株式会社 代表取締役社長 〇〇 〇〇 印

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

利用児童	〇〇 〇〇 (平成〇年〇月〇日生 〇歳〇か月)	
利用形態	月極保育	
利用期間	平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日	
利用時間	月曜日～金曜日 午前8時～午後5時	
料 金	入会金	****円 (初回のみ)
	利用料	ひと月 ****円
	その他	食事代、おむつ代等は別に定める料金表による

※ 詳しい保育内容については、別添の「〇〇〇保育室利用のしおり」のとおりです。

◇ 利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

当施設では、以下のとおり保険に加入しています。

保険の種類	
保 険 事 故 (内 容)	
保 険 金 額	****円

※ 詳しくは、別添の「〇〇保険のしおり」をご覧ください。

◇ 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〇回の定期健康診断を実施します。

(【医療機関名】 △△△病院
【所 在 地】 〒123-4567 〇〇市〇〇1 2 3 - 4 5)

◇ その他条件等

・利用に当たっては、別添の「〇〇〇保育室利用規約」記載事項を遵守してください。

※ 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：主任保育士)
(担当者連絡先) Tel 0123-45-6789
(受 付 時 間) 午前8時～午後5時

施設の概要

- 施設の名称・所在地 〇〇保育室・〇〇県〇〇市〇〇1-2-3
- 設置者氏名(名称) 〇〇〇〇
住所(所在地) 〇〇県〇〇市〇〇4-5-6
- 施設長 〇〇 〇〇

※ 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に基づき長崎県への設置届出を義務付けられた施設です。

【設置届出先：長崎県(福祉保健部こども政策局こども未来課) Tel095-895-2684】