**○○○○○保育園**

　　　　　　　　 　　施設の所在地　　〒○○○－○○○○　島根県○○市○○１－２－３

　　　　　　　　　　事業開始年月日　　○○年○○月○○日

　　　　　　　　　　設置者　　○○○○

　 　　　　　　　　　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 | 一時預かり　 | 延長保育料金 |
| ＊＊＊円　～　＊＊＊円 | ＊＊＊円　～　＊＊＊円 | ＊＊＊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**

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

　※その他調理員を１名配置しています。

**◇賠償責任保険の加入状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 保険の種類 | （※名称等） |
| 保険の内容 | （※内容） |
| 保険金額 | １事故（施設・生産物）：○○円　１名につき（施設・生産物）：○○円 |

**◇提携医療機関**

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | ○○医院 |
| 所在地 | ○○市○○４－５－６ |
| 提携内容 | 内科（※歯科、眼科等あれば記載） |

**◇緊急時等における対応方法**

|  |  |
| --- | --- |
| 関係機関 | ○○医院 |
| 保護者への連絡方法 | 保護者の方が指定した緊急連絡先に連絡します。 |
| マニュアル | 安全管理マニュアル |

**◇非常災害対策**

|  |  |
| --- | --- |
| 関係機関 | ○○警察署（TEL○○－○○○○）　○○消防署（TEL○○－○○○○） |
| 保護者への連絡方法 | （※電話、専用メール、専用ホームページでの情報提供　等） |
| 避難訓練 | （※避難訓練の内容と回数を記載） |
| 避難場所・避難方法 | ○○小学校 |

**◇虐待の防止のための措置に関する事項**

　　当園は、利用子どもの人権の擁護、虐待の防止等のため、虐待防止管理マニュアルを作成する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し研修を実施し虐待防止等に努めています。

**◆事業停止命令又施設閉鎖命令を受けたか否かの別◆**

（受けていない場合）　 否

（受けた場合）　　　　（命令年月日）　　　　　　○○年○○月○○日

　　　　　　　　　　　　　（命令を行った都道府県名）○○県

　　　　　　　　　　　　　（内容）　　　　　　　　　○○○○○○

**◆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）＊＊㎡・乳児室（２階○室）＊＊㎡・調理室（２階○室）＊＊㎡

　　　　　　　 ・その他＊＊㎡総延べ面積＊＊㎡

-----------------------------------------------------------------------------------------

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　島根県（健康福祉部子ども・子育て支援課） （℡　　　　　　　　　）