

〇〇〇〇 (施設名) 利用に当たって

〇〇年〇月〇日

(契約者名) 〇〇 〇〇 様

(設置者名) 〇〇 〇〇 ㊤

当施設は、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
- ◇ 利用者に対する保険の種類・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

※当施設の保育内容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)
(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 34 条の 15 第 2 項若しくは第 35 条第 4 項の認可又は就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律第 17 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、児童福祉法第 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 京都府〇〇保健所〇〇室 (TEL0123-45-6789)