別記様式第１４号（施設及びサービスに関する内容の掲示記載例）

**○　○　○　保　育　室**

施設の所在地　　　〒７３９－○○○○

　　　　　　　　　　広島県東広島市○○一丁目２番３号　ＡＢＣビル

事業開始年月日　　　○○○○年○○月○○日

設　　置　　者　　　○○株式会社

　　　　　　　　　　代表取締役　○　○　○　○

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　　午前○：○○～午後○：○○　（延長時間　午後○：○○まで）

○　土曜日、祝日　　　午前○：○○～午後○：○○　（延長時間　午後○：○○まで）

**◇　定　　員**

◯人（０歳児△人　１・２歳児□人　３歳以上児（就学前まで）☆人）

**◇　保育内容および利用料金**

○　月極預かり　　　　＊＊＊円　～　＊＊＊円

○　一時預かり　　　　＊＊＊円　～　＊＊＊円

○　延長保育料金　　　＊＊＊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。

※　上記の料金のほか、別紙料金表のとおり、入会金、食事代およびおむつ代がかかります。

**◇　保育従事者等の配置**

○　当保育室は、通常、次のような保育従事者を配置しています。

月曜日～金曜日

○：○○　～　○：○○　　　８人（保育士６人　　その他２人）

○：○○　～　○：○○　　　４人（保育士３人　　その他１人）

　　　　　　　　　　（延長時間帯）

土曜日、祝日

○：○○　～　○：○○　　　４人（保育士３人　　その他１人）

○：○○　～　○：○○　　　３人（保育士２人　　その他１人）

**※定員５名以下の施設及び居宅訪問型保育事業（ベビーシッター）のみ記載**

　○　有資格者以外の研修受講状況

　　　●●研修修了者◯名

○　その他調理員１人を配置しています。

* **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か否かの別（受けたことがある場合に**

**は、当該命令の内容、当該命令を行った都道府県等名及び当該命令を行った年月日を含む。）**

**無・有（　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　：　　年　　月　　日）**

**◇　加入保険**

　○当施設では、次のとおり保険に加入しています。（※詳しくは別添「●●保険のしおり」をご覧ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 保険の種類 |  |
| 保険事故（内容） |  |
| 保険金額 |  |

**◇　提携医療機関**

　当施設は、△△△病院と提携しており、お子様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おります。

　　また、月極保育のお子様に対しては、△△△病院の医師による年◯回の定期健康診断を実施します。

【医療機関】　△△△病院

　　【所在地】　　〒○○○－○○○◯　東広島市◯◯町◯‐◯

**◇　緊急時等における対応**

　　当施設は、保育の提供を行っているお子様に体調の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに当該お子様の保護者様又は医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

　　なお、別途緊急時等における対応マニュアルを定めています。

**◇　非常災害時における対応**

当施設は、非常災害に関する具体的な計画を立て、防火管理者を定め、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知するとともに、毎月１回以上の避難及び消火その他必要な訓練を実施しています。

**◇　虐待の防止のための措置**

　　職員によるお子様への虐待防止のため、次の措置を講じています。

　　○　年に１回以上、職員に対して虐待防止研修を実施

　　○　「虐待防止マニュアル」の作成、運用

**直近の保育サービス内容等の変更について**

**施設の概要**

**◇　建物の構造**

鉄筋コンクリート造り

**◇　主な設備**

**事業所内保育施設その他の届出対象外施設については、網掛け部分の記載は不要です。**

・保育室（１階○室）＊＊㎡　　　・調理室（２階○室）＊＊㎡

（２階○室）＊＊㎡　　　・その他　　　　　　＊＊㎡

・乳児室（１階○室）＊＊㎡

**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、東広島市への設置の届出を義務付けられた施設です。

　　　　　　　　　　　※設置届出先　　東広島市（こども未来部こども家庭課）　電話082-420-0407