

(提示書面例)

ベビーシッター○○

所在地が自宅住所の場合は、市町村名まで当、自宅が特例されない範囲での記載も可

施設の所在地 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇

沖縄県 ○○○○○○

事業開始年月日 昭和・平成・令和 ○○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 AM 〇〇：〇〇～PM 〇〇：〇〇（延長時間帯～〇〇：〇〇まで）
○土曜日 AM 〇〇：〇〇～PM 〇〇：〇〇（延長時間帯～〇〇：〇〇まで）
○日・祝祭日 AM 〇〇：〇〇～PM 〇〇：〇〇（延長時間帯～〇〇：〇〇まで）

利用定員

原則、保育者 1 名につき子ども 1 人を対応させていただきます。

兄弟の場合に2人または3人を対応する事も可能ですが、事前にご相談ください。

保育内容・利用料金

- 月極預かり
- 一時預かり
- 延長保育料金

年齢別に利用料金が異なる場合でも、金額を明記すること。
例→ 0歳児（*****円）～5歳児（*****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。

上記料金その他、別途〇〇代(***円)、代(***円)等がかかります。

保育従事者等の配置（設置者の資格）

保育士又は看護師

設置者及び職員に対する研修の受講状況

- ・○○○研修（○年○月○日受講）
- ・ 研修（○年○月○日受講）

利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

- | | |
|------------|----------------|
| ○保 険 の 種 類 | 賠償責任保険（〇〇〇〇保険） |
| ○保険事故（内容） | 保育中の事故、けが |
| ○保険金額 | *****円 |

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 〒 ○○○ - ○○○○ 沖縄県○○○○○○○
○ 提携内容：緊急時に利用児童の受診、相談を行っています。

提携医療機関
がある場合

原則、利用者が指定する、かかりつけ医へ受診

(かかりつけ医の受診が難しい場合、第2、第3希望の病院へ受診を行います。)

提携医療機関
がない場合

（提示書面例）

緊急時等の対応

万が一お子さまがけがをした場合は、事前に確認した「緊急連絡先」にご連絡させていただき、必要な処置を行います。なお、連絡が取れない場合は、お子さまの安全を最優先させ、当施設が責任を持って、しかるべき対処をさせていただきます。

非常災害対策

- 連絡方法：保護者が指定した緊急連絡先　に連絡します。連絡がとれない場合は緊急連絡先　へ連絡します。
- 避難場所・方法：面談の際にお伺いした、災害時の避難場所・連絡手段に応じて対応します。
サービス提供時には、避難経路や消火用具等の確認等を行っています。

虐待防止のための措置

お子さまの人権の擁護、虐待防止に取り組んでいます。児童虐待の防止等に関する法律第5条に基づき、早期発見に努め、疑いがあった場合には通告することとなっています。

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

☒ 無 ☐ 有 () (県 : 年 月 日)

ご自身の情報を記載してください。

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に基づき沖縄県への設置届出を義務付けられた施設です。

設置届出先 沖縄県子ども未来部子育て支援課（ 098-866-2457 ）