**記載例（法第６条の３第11項に規定する業務を目的とする施設（複数の保育従事者を雇用しているものに限る））：各事業所の状況に応じて適宜修正してください。**

様式14の２：提示様式（第59条の２の２）

　　　　　　事業所の所在地　〒○○○－○○○○

静岡県○○市○○１－２－３　△ビル△階

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業開始年月日　　○年○月○日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　設　　　置　　　者　　○○株式会社（代表　○○○○）

　　　　　　　　　　　　　　　　　 管理者（事業所長）　　○○○○

提供する保育サービス

◇保育提供可能時間

　　　　◎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）

◇利用定員

　 　１名～３名（兄弟姉妹の場合には、同時に複数のお子様をお預かりします。）

◇保育内容・利用料金

　　　　◎一時預かり　　　　　＊＊＊円　～　＊＊＊円／１時間あたり

　　　　◎延長保育料金　　　　＊＊＊円　～　＊＊＊円／１時間あたり

　　　　　※利用料金はお子さま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、別途交通費（＊＊＊円）、おむつ代（＊＊＊円）等がかかります。

　　　　◎直近の変更の内容及びその理由

◇保育従事者等の配置

　　　　◎当事業所は、通常、次のような保育従事者がお子様をお預かりします。

　　　　月曜日～金曜日

　　　　４名（保育士２名　その他２名）

　　土日・祝祭日

　　２名（保育士１名　その他１名）

　　　◇設置者及び職員に対する研修の受講状況（※資格を有していない職員がいる場合に記載する）

　　　　保育士資格を有していない職員２名のうち１名は、子育て支援員研修「地域保育コース」を修了して

います。また、１名についても家庭的保育者等研修の基礎研修を受講中です。

◇利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

　　　　◎当事業所では、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「○○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（※提携している場合に記載する）

　　　　◎当事業所は、△△△医院と提携しており、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。

　【医療機関】△△△医院　　【所在地】〒○○○－○○○○静岡県○○市○○　１－１０－２０

　　◇緊急時等における対応方法

　　　◎当事業所は、保育の提供を行っているお子さまに体調の急変が生じた場合その他必要な場合は、速

　　　　やかに当該お子さまの保護者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。

　　　◇非常災害対策

◎当事業所は、保育を行う際には、乳幼児の居宅において、避難経路や消火用具等の場所について、予め確認を行います。

　　　◇虐待の防止のための措置に関する事項

　　　　◎職員によるお子さまへの虐待防止のため、以下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

◇ 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　（　　　　　　　　　　　　　　）　（　○○県　：　○年○月　○日　）

当事業所は児童福祉法第34条の15第２項若しくは第35条第４項の認可又は認定こども園法第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、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事業所です。

※設置届出先　静岡県（健康福祉部こども未来局こども未来課）（電話番号　054-221-2928）

施 設 の 概 要

　（注：この記載例は認可外保育施設指導監督基準の改正により変更する場合があります。）