様式14：掲示様式（第59条の２の２）

**記載例：各施設の状況に応じて適宜修正してください。**

○　○　○　保　育　室

　　　　施設の所在地　 〒○○○－○○○○

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（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　　　　　＊＊＊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、別途食事代（＊＊＊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

　　　　◎当施設は、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）

　　　　　　○：○○～○：○○（延長時間帯）　４名　（保育士３名　その他１名）

　　　　◎その他調理員1名を配置しています。

　　　◇設置者及び職員に対する研修の受講状況

（注：法第６条の３第11項に規定する業務を目的とする施設又は１日に保育する乳幼児の数が５人以下の施設に限る。）

◇利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

　　　　◎当施設では、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

　　　　◎当施設は、△△△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。

　また、月極保育のお子さまに対しては、△△△医院の医師による年２回の定期健康診断を実施します。

　【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

　　　◎当施設は、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及び保護者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回以上避難及び消火その他必要な訓練を実施します。

　　　◇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

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）　＊＊㎡　　　・調理室（２階○室）　＊＊㎡

（３階○室）　＊＊㎡　　　・その他　　　　　　　＊＊㎡

　　　　　　　　　　　・乳児室（２階○室）　＊＊㎡　　　　　　　総延べ面積　　 ＊＊㎡

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施設です。

※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。）