〇〇〇保育園利用に当たって

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和〇〇年〇月〇日

（契約者名）〇〇〇〇　　様

○○株式会社

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役社長　○○○○

**当保育施設は、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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用児童 | 〇〇〇〇（平成〇年〇月〇日生　〇歳〇か月） | |
| 利用形態 | 月極保育 | |
| 利用期間 | 平成○年○月○日～平成○年○月○日 | |
| 利用時間 | 月曜日～金曜日　午前８時～午後５時 | |
| 料金 | 入会金 | ×××円（初回のみ） |
| 利用料 | ひと月×××円 |
| その他 | 食事代、おむつ代等は別に定める料金表により、利用に応じて徴収致します。 |

※詳しい保育内容については、別添の「○○○保育室利用のしおり」のとおりです。

　◇　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、△△△病院と提携しており、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、△△△病院のの医師による年○回の定期健康診断を実施

します。

　　　 　　【医療機関】　△△△病院

　　　　【所在地】　〒○○○－○○○○ ○○県○○市○○　１－10－20

　◇　その他条件等

　　・利用に当たっては、別添の「○○○保育室利用規約」記載事項を遵守してください。

　※当保育施設の保育内容等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。

○　施設の名称・所在地 ○○○保育園

　　　　　　　　　　　 島根県○○市○○１－２－３　ＡＢＣビル２階

○　設置者・住所 ○○○○

　　　　　　　　　　　　 島根県○○市○○４－５－６

○　施設長・住所 ○○○○

　　　　　　　　　　　　 島根県○○市○○７－８－９

　※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○○県への設置届出を義務付けられた施設です。

　　　　　　　【設置届出先：島根県健康福祉部子ども・子育て支援課　℡○○-○○○○】

**施設の概要**

（担当者氏名）　○○○○　（職名：主任保育士）

（担当者連絡先） ℡01-2345-6789

（受付時間） 午前８時～午後５時