〇〇〇（施設名）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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（設置者名）　○○○○

**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

　◇　利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

　◇　提携する医療機関・所在地・提携内容

　◇　その他条件等

　※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。

**施設の概要**

○　施設の名称・所在地

○　設置者氏名（名称）・住所（所在地）

○　管理者（施設長）氏名・住所

　※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　℡○○-○○○○】

（担当者氏名）　○○○○　（職名： ）

 （担当者連絡先） ℡01-2345-6789

 （受付時間）