

設置者氏名（又は名称）：〇〇 〇〇
事業所の所在地：札幌市〇区〇条〇丁目
管理者（事業所長）氏名：〇〇 〇〇
事業開始年月日：〇年〇月〇日

1 提供するサービス内容

- (1) 保育提供可能時間
月曜日～金曜日 〇:〇〇～〇:〇〇
土日曜日・祝日 〇:〇〇～〇:〇〇
- (2) 利用定員
※ 保育可能時間に預かることのできる最大人数を記載する。
- (3) 対象年齢
〇か月～〇歳
- (4) 利用料金
※ 時間・日単位などの設定料金を記載する。
※ その他、交通費など、別途必要な料金を記載する。

2 保育士その他の職員の配置数

- (1) 保育士 〇名、看護師 〇名（保有している資格を明記する）
- (2) 資格要件になる研修の修了者 〇名（受講した研修名を明記する）
 - ・ 子育て支援員研修（道：地域保育コース）（公財：児童育成協会）
 - ・ ベビーシッター養成研修+現任研修（公社：全国保育サービス協会）
 - ・ 認定ベビーシッター（公社：全国保育サービス協会）

3 設置者及び職員に対する研修受講状況

- (1) 〇〇研修（受講済みの研修について記載する。）

4 保険の種類

※ 保育する乳幼児に関して契約している保険の種類・保険内容・保険金額について記載する。

例) 保険の種類：	賠償責任保険	普通傷害保険	
保険内容/金額：	対人/ 〇〇円	死亡・後遺症/ 〇〇円	
	対物/ 〇〇円	入院保険日額/ 〇〇円	
	1事故につき/ 〇〇円	通院保険日額/ 〇〇円	など

5 提携医療機関

- (1) 名称：〇〇病院
- (2) 所在地：札幌市〇区〇条〇丁目
- (3) 提携内容：緊急時の健康相談 など
※提携医療機関がない場合は
例) 提携医療機関はありませんので、利用家庭のかかりつけ医を確認します。

6 緊急時の対応

- (1) 利用家庭の近隣の警察署・交番を確認します。
- (2) 保護者との連絡方法：事前に確認した緊急連絡先に連絡します。

7 非常災害時の対応

- (1) 利用家庭の近隣の消防署を確認します。
- (2) 保護者との連絡方法：事前に確認した緊急連絡先に連絡します。（災害状況により、電話が不通になった場合に備え、あらかじめ複数の連絡手段や対応について確認させていただいています。）
- (3) 利用家庭の建物内の避難経路・消火器の場所、及び避難場所・避難方法などを確認します。

8 児童虐待防止の措置

- (1) 児童虐待防止に関するマニュアルを作成し、研修を実施しています。

9 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

- (1) 過去に事業停止命令又は施設閉鎖命令を受けたことはありません。