

事業の名称															
事業者の住所															
事業開始年月日		年 月 日													
事業者(氏名)															
提供する保育サービス	サービス内容	お子さんの保育 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>単発</td><td>・</td><td>定期</td><td>・</td><td>送迎サポート</td></tr><tr><td colspan="5">その他 ()</td></tr></table>				単発	・	定期	・	送迎サポート	その他 ()				
	単発	・	定期	・	送迎サポート										
	その他 ()														
	保育時間	曜日	通常の保育時間		延長が可能な保育時間										
		平日	: ~ :	: ~ :		: ~ :									
		土曜日	: ~ :	: ~ :		: ~ :									
日・祝祭日		: ~ :	: ~ :		: ~ :										
利用定員	原則 1 名 ※当該乳幼児がその兄弟姉妹とともに利用しているなどの場合であって、かつ、保護者が契約において同意しているときは、例外として「原則1名」を適用しないことができる。														
保育可能年齢	歳 か月 ~ 歳 か月														
利用料金	単発予約	円/1時間	キャンセル料	円											
	定期予約	円/1時間	その他	円											
	直前予約	円		円											
事業者が過去に事業停止命令を受けたか否かの別について ※ 該当するものに○ありに該当する場合は、①～③についても記入のこと	事業停止命令	なし	①受けた命令の内容()												
		あり	②命令を行った都道府県： ③命令を行った年月日： 年 月 日												
事業者の資格等 ※ 該当するものに○	有資格者	保育士 ・ 看護師 ・ 准看護師													
	無資格者	研修受講 修了証 交付済みの 研修	居宅訪問型保育研修(基本研修)修了者 子育て支援員研修(地域保育コース)修了者 子育て支援員研修(上記以外)修了者 家庭的保育者等研修修了者												
	研修未受講	資格なし 修了証交付済の研修なし													
事業者の研修の受講状況 (令和3年度について) ※保育従事者の質の向上に係る研修等	受講済研修 (受講予定研修)	令和 年 月	受講	【研修名】 (予定)											
契約している保険の種類、 保険内容及び保険金額	保険の種類														
	補償の内容														
	保険金額														
提携している医療機関 (提携している場合は記入)	医療機関名			【提携内容】											
	所在地														
緊急時における対応方法															
非常災害対策															
虐待の防止のための措置に関する事項															

当事業者は児童福祉法第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に基づき都道府県への設置届を義務付けられた施設です。

【 設置届出先 】 川越市役所 こども未来部 こども政策課
TEL : 049 - 224 - 6278 (直通)