

(参考：交付書面様式)

〇〇〇〇（施設名）利用に当たって

令和〇年〇月〇日

（契約者名）〇〇〇〇 様

（設置者名）〇〇〇〇

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。

（担当者氏名） 〇〇〇〇 （職名： ）
（担当者連絡先） TEL 01-2345-6789
（受付時間）

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

※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：群馬県（生活子ども部子ども・子育て支援課） TEL027-226-2626】