（様式15：交付書面様式）（第59条の２の４）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | ○○○○（施設名）利用に当たって |   令和○年○月○日  　（契約者名）○○○○　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。   |  | | --- | | （担当者氏名）　○○○○　（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・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：松原市福祉部福祉指導課　℡ 072-334-1550（代表）】 |
|  |