（書面交付様式）（第59条の２の４）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| ○○○○（施設名）利用に当たって |

○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：熊本県（健康福祉部子ども未来課）　℡096-333-2227】 |
|  |