年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　様

住　所

氏　名

()

　病児保育事業の内容を変更したので、児童福祉法第３４条の１８第２項の規定により、　次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 | |  | |
| 施設の所在地 | |  | |
| 変更した事項  （該当するものの番号に○をすること。） | | １　経営者の住所及び氏名  （法人にあつては、主たる事務所の所在地及び名称）  ２　事業の種類及び内容  ３　職員の定数及び職務の内容  ４　主な職員の氏名及び経歴  ５　事業の区域 | ６　施設の名称  ７　施設の種類  ８　施設の所在地  ９　利用定員  10 建物その他設備の規模及び  構造  11 条例、定款その他の基本約  　款 |
| 変更内容 | 変更前 |  | |
| 変更後 |  | |
| 変更の理由 | |  | |
| 変更年月日 | |  | |

注　変更した事項について、変更後の内容が分かるものを添付すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 別紙１ | | | | | | | | | |
| 実施施設 | 名称 |  | | | | 所在地 | 〒  　電話番号　　（　　） | | 設置主体 | |
| 公・私 | |
| 開設日数等 | 年間　　　　　日 | | 開設時間 | | | |  | | | |
| 利用料金 | ※体調不良児対応型は記載不要 | | | | | | | | | |
| 実施方法 | 対応可能な症例 | |  | | | | | | | |
| 協力医療機関 | | 名称 | | | | | 所在地 | | |
| 協力の内容 | | | | | | | |
| 緊急時の対応の取り決め内容 | | | | | | | | | |
| 利用の少ない日等における感染症流行状況、予防策等の情報提供や巡回支援等の実施  （病児対応型・病後児対応型のみ） | | | | | | | | | |
| 実施  あり・なし  （どちらか○で囲む） | | | 実施ありの場合　実施方法等（情報提供方法・巡回範囲等） | | | | | | |
| 建物その他設備  の規模及び構造 | 【病児対応型・病後児対応型】 | | | | | | | | | |
| 建物構造 | | | | 造・　　　　　　階建ての　　　　　階 | | | | | |
| 施設の面積 | | | | （　　　　　　）㎡ | | | | | |
| 保育室 | | | | （　　　　 　）㎡　[1人あたり　　　　　㎡] | | | | | |
| 設備 | | | | 観察室　　　安静室　　　調理室（専用・兼用）  ベビーベッド　　遊具  その他（　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 建物その他設備  の規模及び構造 | 【体調不良時対応型】 | | | | | | | | | |
| 建物構造 | | | | 造・　　　　　　階建ての　　　　　階 | | | | | |
| 施設の面積 | | | | （　　　　　　）㎡ | | | | | |
| 保育室 | | | | （　　　　 　）㎡　[1人あたり　　　　　㎡] | | | | | |
| 乳児室又はほふく室 | | | | （　　　　 　）㎡　[1人あたり　　　　　㎡] | | | | | |
| その他 | | | | （　　　　 　）㎡ | | | | | |
| 設備 | | | | ベビーベッド　　　遊具  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

注　１　この別紙１は、病児保育事業の実施施設ごとに作成すること。

　　２　「利用料金」欄は、保護者が負担する額を記入すること。

　　　　日額のほか、半日・時間当たりの金額、曜日・時間帯によって異なる金額、市内・市外在住者別の金額等の定めがある場合は、あわせて記入すること。

　　　　　（例）「日額　○○円。ただし△時以降は、別途一時間あたり□□円」等。

　　３　「条例、定款その他基本約款」の書類を添付すること。

別紙２

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員氏名 | 生年月日 | 常勤・非常勤の別 | 職務の内容 | 資格の内容 | 主な経歴 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |