

# 認可外保育施設 立入調査事前準備調書

[作成 令和 年 月 日]

項目	調査内容										
施設 の 名 称						事業開始年月日	年 月 日				
施設 の 所 在 地	〒										
設 置 者											
管 理 者	(役職)					(氏名)					
連 絡 担 当 者 及 び 連 絡 先 ※委託先事業者の場合は、 法人名・所属を明記すること	(所属・役職)					(氏名)					
	(電話)					(FAX)					
	(メールアドレス)										
児 童 数	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児	6歳児(就学前)	合計	学童		
	定 員	名	名	名	名	名		名	名		
	内 月極保育児童数	名	名	名	名	名		名	名		
	内 一時預かり児童数	名	名	名	名	名		名	名		
職 員 数	保育従事者 名					その他職員 名					
	内 有資格者数	保育士			名(内、常勤 名)		看護師 (准看護師含む。)		名(内、常勤 名)		
保育室(乳児室、ほふく室含む。)	面積		m <sup>2</sup>		階数		1階・2階・3階・4階以上				
施設 設 備	建築物の 状況	耐火建築物・準耐火建築物 その他				備えている 設備		屋内避難階段・バルコニー 屋外傾斜路・屋外階段			
非 常 災 害 関 係	消火器 本			非常口(通常口含む) 箇所							
消 防 計 画	有・無				消防署への届出			届出済・未・不要			
防 火 管 理 者	(氏名)				消防署への届出			届出済・未・不要			
安 全 計 画	有・無				保護者への周知			有・無			
	児童移動のための自動車の運行							有・無			
給 食 の 実 施 状 況	無・調乳・有(自園調理・外部搬入・弁当持参) ※該当する項目全てに○をつけてください。						献立表の有無		有・無		
児 童 の 健 康 診 断 の 実 施	年 回	実施月	毎月	1月・2月・3月・4月・5月・6月 7月・8月・9月・10月・11月・12月							
職 員 の 健 康 診 断 の 実 施	年 回	実施月	毎月	1月・2月・3月・4月・5月・6月 7月・8月・9月・10月・11月・12月							
調 理 に 携 わ る 職 員 の 検 便 の 実 施	年 回	実施月	毎月	1月・2月・3月・4月・5月・6月 7月・8月・9月・10月・11月・12月							
備 え 付 け の 医 薬 品 等 (該 当 項 目 に ○ そ の 他 は 具 体 的 に)	体温計 ・ 水まくら ・ ハサミ ・ ピンセット 外用薬 ・ 消毒薬 ・ 包帯 ・ 傷テープ ・ ガーゼ 脱脂綿 ・ 綿棒 その他( )										
認 可 外 保 育 施 設 指 導 監 督 基 準 を 満 た す 旨 の 証 明 書 の 交 付 希 望 の 有 無 (該 当 す る も の に ○)	既に交付済 ・ 交付を希望 ・ 交付希望なし										

※ 証明書の有効期間は、交付の日から、立入調査等で当該証明書交付の要件を満たさないと認められ、市が返還を求めた日までです。