

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	(所属・役職)					(氏名)				
及 び 連 絡 先	(電話)									
※委託先事業者の場合は、 所属を明らかにすること	(メールアドレス)									
保育業務委託の有無	有 ・ 無		委託先事業者名							
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	名	
内 月極保育児童数	名	名	名	名	名	名		名	名	
内 一時預かり児童数	名	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 ²		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 ・ ピンセット ・ 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 物 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。