

小規模保育事業等の連携施設承諾書

年 月 日

吹田市長 様

連携先の情報、押印

住 所 吹田市泉町〇丁目△番□号
 名 称 〇〇法人△△
 氏 名 代表取締役 ◇◇ ◇◇ 印

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

下記事業者の連携施設となることを承諾いたします。

1 連携施設となる小規模保育事業等の認可を受ける事業者

事業者名	社会福祉法人すいたん
事業所名	泉町小規模保育事業所
事業区分	小規模保育事業A型
事業所所在地	吹田市泉町2丁目29-1
連携開始予定日	令和〇年〇月〇日

2 連携施設の概要

連携施設名	(仮称) すいたん保育園
施設区分	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園
認可定員	120名
施設所在地	吹田市泉町〇丁目△番□号

3 連携施設として連携する内容

連携する内容 (該当するものに○をつけること。)	<input type="checkbox"/>	食事の提供に関する支援
	<input type="checkbox"/>	嘱託医による健康診断等に関する支援
	<input type="checkbox"/>	屋外遊戯場の利用に関する支援
	<input type="checkbox"/>	合同保育に関する支援
	<input type="checkbox"/>	後方支援
	<input type="checkbox"/>	行事への参加に関する支援
	<input type="checkbox"/>	代替保育(職員の病気等で保育提供ができない場合、当該事業者によって保育を提供)
	<input type="checkbox"/>	卒園後の受け皿としての支援 (受け入れる3歳児の数) 1 人
具体的な連携内容	園庭開放、集団保育、行事への参加、保育についての相談	