

提出日時点で記入願います。

小規模保育事業等の連携施設承諾書

令和 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 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業所 |
| 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 | |