

訪問型保育 Petit Ange

訪問型保育に関する契約書

_____は(以下「保護者」といいます) Petit Ange(以下「事業者」といいます)と、
事業者が保護者のお子様_____に対して行う訪問保育について、以下の通り、
契約を締結します。

【料金】

- 基本時間： 平日 8:00～18:00 2,200 円/1 時間(税込・交通費込) 初回登録料 5,000 円
予約時間より延長した場合 500 円/15 分
上記以外での日時ご利用については要相談
- 対象年齢： 0 歳～10 歳

【上記以外の料金】

- お子様の追加(兄弟・姉妹利用)： 1 名につき 1,000 円/1 時間
- キャンセルについて： 前日以降のキャンセルについては全額キャンセル料をいただきます。
- お支払い： 料金は当日までに振込です。長期利用の場合は 1 か月分を月末まで振込となります。
急な場合当日現金やカード対応も可

上記の内容に同意し、契約を締結致します。

令和 年 月 日

保護者住所

保護者氏名

印

所在地

宮城県石巻市のぞみ野 4 丁目 19-12

事業者名

株式会社 チャイルド工房

訪問型保育 **Petit Ange(プチアンジュ)**

代表取締役 馬場 まゆみ

印

訪問型保育 Petit Ange

No _____

訪問型保育 児童票

申込日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ	性別	生年月日
お子様の氏名 (愛称)	男・女	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ ヶ月
保護者の勤務先 〒 _____ TEL (_____) ご本人確認の方法 免許証・その他(_____)		
平均体温 _____ 度 _____ 分	血液型 RH +・- A・B・O・AB	
保護者から見たお子様の性格(簡単に)	特に注意してほしいこと	
かかりつけ医師名(病院名)	排泄 大便が自分で (できる・できない) 小便が自分で (できる・できない)	
食事 (自分で食べられる・食べさせる) 食べられる場合 (はし・スプーン・手)	体質 アレルギーが (ある・ない) ある場合その内容(_____)	

利用にあたっての確認事項

私は、以下の事項につき確認し、同意いたします

- 保育に従事する保育者が賠償責任保険に加入しており万が一の事故の際は当該保険の範囲内での対応がなされること
- 子どもを預ける保育場所(自宅等)について、安全環境・衛生環境が整っていること
- 子どもに発熱や病気に疾患している等の症状が見られる時は、子どもを預ける際に保育者に伝えること
- 子どもが薬を服用したときは、薬の名称・内容・服用頻度等について保育者に伝えること
- 保育者に与薬を依頼する際は、用意された与薬依頼書に記載すること
- 緊急時には、保育者が取得している幼児・小児救急救護法に基づく処置の範囲内での対応をするが、医師や看護師としての医療行為はできないこと
- 保育者が SIDS(乳幼児突然死症候群)の早期発見及び保育中の事故防止のため、以下の対応を行っていること
 - ①うつ伏せ寝、横向き寝をさせない
 - ②布団は顔にかからないように、首から下にかける
 - ③厚生労働省が定める規定に基づき、呼吸の確認をする
 - ④お子様を温めすぎないように注意する

保護者 住所 _____

保護者 氏名 _____ 印

保育事業者 株式会社 チャイルド工房 印