



総務省承認 No27417  
承認期限 平成21年3月31日

保 育 所 調 査 票

(平成20年10月1日調査)

都道府県  
指定都市 名  
中核市

\*福祉事務所  
符 号

\*市区町村  
符 号

福祉事務所名

注1 (1)~(6)、(8)、(11)の項目については、印字されているものに変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正してください。

注2 \*の箇所は施設では記入しないでください。

\* 配付番号

① \*施設番号

施設の種類	訂正	1 あり	2 なし
-------	----	------	------

(1)法人名 (2)施設名

(3)施設の所在地・郵便番号・電話番号  
施設の所在地

(4)活動の状況  
1 活動中  
2 休止中  
3 廃止

(5)認可・届出・設置年月  
1 明治  
2 大正  
3 昭和  
4 平成

郵便番号 電話番号

(6)設置主体・经营主体

01 国	05 その他の市・町村	09 日本赤十字社	13 公益法人である社団	17 その他の法人	設置主体 经营主体
02 都道府県	06 一部事務組合・広域連合	10 医療法人	14 公益法人である財団	18 個人	
03 指定都市	07 社会福祉事業団	11 学校法人	15 特定非営利活動法人(NPO)	19 その他	
04 中核市	08 社会福祉法人(7を除く)	12 宗教法人	16 営利法人(会社)		

② (7)分園の有無・分園数 (8)定員 (9)在所児数

1 分園あり	分園数	うち分園	うち分園	入所人員	私的契約人員
2 分園なし	施設	人	人	人	人

③ (10)年齢階級別在所児数(10月1日現在) (11)開所時間

0歳	満1歳	満2歳	満3歳	満4歳	満5歳	満6歳以上(就学前)	開所時刻	開所時刻
人	人	人	人	人	人	人	時 分	時 分

④ (12)職種・常勤 - 非常勤別従事者数(人)

	1 施設長	2 保育士	2のうち 幼稚園教諭 免許保有者	3 医師	4 保健師 看護師	5 栄養士	6 調理員	7 事務員	8 その他の職員
常勤専従									
常勤兼務									
換算数									
非常勤									
換算数									

(13)苦情解決のための取組状況 該当する番号すべてに○をつけてください。

1 苦情受付窓口を設け	3 共同で第三者委員を設け	5 1~4以外の取組を実施している
2 苦情解決責任者を設け	4 単独で第三者委員を設け	6 1~5のいずれも実施していない

(※)調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先(電話番号)を記入してください。なお、FAX、E-メールアドレスの記入は任意です。

調査票記入者名	
(連絡先)	電話 ( - - ) FAX ( - - ) E-メール

\*組み合わせ 老 障 児 保 事

ご協力ありがとうございました。