

病児保育施設名簿

変更届

平成 年 月 日

一般社団法人 全国病児保育協議会

会長 大川 洋二 殿

施設名	
-----	--

(都道府県:)

注)下記の項目の中で、変更が生じた項目のみご記入ください。

代表者名	役職		氏名	
病児保育施設名				
都道府県名		郵便番号	-	
住所				
TEL	- -		FAX	- -
e-mail	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
	アドレス			
ホームページ	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
	アドレス			
病児保育事業開始年月日	<input type="checkbox"/> 開設中(昭和・平成 年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> 準備中			
	<input type="checkbox"/> 今後開設を検討中			
施設形態	<input type="checkbox"/> 医療機関併設型	<input type="checkbox"/> 保育園併設型	<input type="checkbox"/> 単独型	
	<input type="checkbox"/> 乳児院併設型	<input type="checkbox"/> 児童養護施設併設型	<input type="checkbox"/> その他()	
補助金受託の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
補助金の種類	<input type="checkbox"/> 「乳幼児健康支援一時預かり事業」としての補助金 (受託開始年月日) 平成 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 市町村のみの単独補助金 (受託開始年月日) 平成 年 月 日			
病児保育室の定員	名	保育室の数	室 (感染室 室を含む)	
病児保育室担当者名	職名:	氏名:		

協議会の施設一覧ページに、貴施設名を掲載 可 ・ 不可

変更届送付先: 全国病児保育協議会事務局 【FAX 03-5388-5193】

(お願い)退会の場合は事務局までお申し出ください。