**ＦＡＸ：０２２－２７２－７８０１　※送付票は不要ですので　調査票のみご返送ください。**

**院内保育所調査票**

2024年4月1日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 電話番号 |  |
| 回答者 |  | 職　位 |  |

該当に○、もしくはご回答下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 院内保育所の有無 | 有　・　無　 | 今後の設置予定 | 有　・　無有る場合具体的予定等（　　　　　　　　　　　） |

院内保育所のある施設

|  |  |
| --- | --- |
| 対象児の年齢 | 　　　　～ |
| 定　　　員　 | 　　　　　名 |
| 保育体制 | 　24時間　・　日勤のみ　・　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 曜　　　日 | 　　　曜日　～　　曜日 |
| 時　　　間 | 　　：　　　～　　　：　　　 |
| 金額(月額：円） | ※年齢による違い、兄弟がいる場合等もお書き下さい。 |
| その他利用条件 | ※給食の有無、給食代、おやつについて等、お書き下さい。 |
| 非常勤者の利用 | 　可　　・　　不可　　・　　空いていれば可 |
| 病児保育について | 　可　　・　　不可 |

院内保育所のない施設

|  |
| --- |
| 院内保育はないが、補助金等がある、提携している保育所がある場合などお書き下さい。 |

※記載内容はナースセンターの求職相談、紹介等のみ利用します。

※**6月7日（金）までにご返送下さい。**