（様式５－２）

提案者名

**高松市病児保育事業業務委託　事業実施体制**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（１）高松市病児保育事業の実施運営体制について、記入してください。** | | | | | |
| 実施施設の定員数 | 定　員　　　　　　名 | | | | |
| 開設日 | 週　　　　　　日（　　　　　曜日～　　　　　曜日） | | | | |
| 開設時間 | 午前　　　時　　　分　～　午後　　　時　　　分 | | | | |
| 年間見込利用人数 | 延　　　　　　　　　　人 | | | | |
| 利用料金等 | 利 用 料 | １日　２，０００円（半日　１，０００円） | | | |
| 高松市以外に住所を有する児童　　　　　　　　　　　　 １日　３，０００円（半日　１，５００円） | | | |
| 昼 食 代 | 円 | おやつ代 | | 円 |
| 職員配置 | 看護師 | 専任　　　　　人 、 兼任　　　　　人 | | | |
| 保育士 | 専任　　　　　人 、 兼任　　　　　人 | | | |
| その他 | 人（　　　　　　　　　） | | | |
| 実施施設の詳細 | 保育室 | 部屋 | | 面積　　　　　　㎡ | |
| 観察室  安静室 | 部屋 | | 面積　　　　　　㎡ | |
| 調理室 | 部屋 | | 面積　　　　　　㎡ | |
| その他 | 部屋 | | 面積　　　　　　㎡ | |

|  |
| --- |
| **（２）昼食・おやつについて、どのようにして提供する予定ですか。** |
| ※アレルギー対応や食後の食器管理など |

|  |
| --- |
| **（３）保育看護を行う上で、職員の育成をどのように行いますか。** |
|  |

|  |
| --- |
| **（４）児童の来所時・退所時の流れ及び病院（診療所）との連携対応について記入してください。** |
| ＜児童の来所時（利用申込み、検温、問診、医師の診断など）、退所時（保護者に対する日中の保育看護の連絡方法など）＞  ＜病院又は診療所との連携（容体急変時の対応など）＞ |

|  |
| --- |
| **（５）日中の過ごし方と保育看護の配慮点について記入してください。** |
| ※保育看護、検温、昼食、与薬、午睡、おやつなど |

|  |
| --- |
| **（６）事業の周知・広報方法について記入してください。** |
|  |