令和6年6月　日

高松市健康福祉局こども保育教育課監査給付係　宛

**【企業主導型保育施設】令和６年度認可外保育施設立入調査日程調査票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名　称 |  | | |
| 施　設　住　所 |  | | |
| 連　絡　先 | TEL　　　　－ | | FAX　　　　－ |
| 担　当　者 |  | | |
| 立入調査**不可**日時  （メインとなる立入調査実施月は８月の予定ですが、施設数増加に伴い、７月から９月末の期間で御回答をお願いします） | ７月 | 日（　 時～　 時）、　　日（　 時～　 時）、　　日（　 時～　 時）  日（　 時～　 時）、　 日（　 時～　 時） | |
| ８月 | 日（　 時～　 時）、　　日（　 時～　 時）、　　日（　 時～　 時）  日（　 時～　 時）、　 日（　 時～　 時） | |
| ９月 | 日（　 時～　 時）、　　日（　 時～　 時）、　　日（　 時～　 時）  日（　 時～　 時）、　 日（　 時～　 時） | |
| 児童育成協会の監査日 | | 令和　　　年　　　月　　　　日　　　時～　　　時 | |
| 同日監査の希望 | | 希望する　　・　　希望しない  （※７月～９月以外に児童育成協会の監査がある場合は対応できないことがあります。） | |
| 備　　　　　考  （希望日時等、御意見がございましたら御記入ください。） | |  | |