令和７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

**【認可外保育施設】令和７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月中旬から９月末の期間で御回答をお願いします）  ※立入調査開始は７月１7日以降を予定しています。 | ７月中旬～ | 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） | |
| 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。） | |  | |

**給食に関するアンケートに御回答ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 給食提供について | 有  ・  無 | **有の場合**、**該当する項目にチェックを入れてください**  □　施設内で調理　　　　　　□　関連施設からの搬入  □　仕出弁当や購入した弁当　⇒　カットや取分け　（　有　・　無　）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| おやつの提供に  ついて | 有  ・  無 | **有の場合、該当する項目全てにチェックを入れてください。**  □　施設内で調理  □　関連施設からの搬入  □　フルーツなど、カットや取分けが必要なもの  □　市販購入品（個包装のものや取分けが必要ないもの）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 調乳について | | 有　　・　　無 |