

住道サンフレンズ保育園 入園のしおり（重要事項説明書）

1. 事業所の目的及び運営の方針

(1) 運営主体（事業者の概要）

事業者の名称	サンヨーホームズコミュニティ株式会社
事業者の所在地	〒550-0005 大阪市西区西本町1丁目4番1号
事業者の連絡先	TEL (06) 7662-8002 FAX (06) 7662-8004
代表者氏名	代表取締役 小山 明

(2) 事業所の概要

種別	小規模保育 A 型				
名称	住道サンフレンズ保育園				
所在地	〒574-0034 大阪府大東市朋来 2-5-35 サンメゾン・イースト店舗棟 1 階				
連絡先	(電話番号) 072-803-6801 (FAX 番号) 072-803-6802				
施設長氏名	井上 智美				
開設年月日	平成 30 年 4 月 1 日				
利用定員 (3号)	0 歳児	1 歳児	2 歳児	合計	
	6 人	6 人	7 人	19 人	
当園の基本理念・方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 快適で安全な満たされた環境のなかで、養護と教育が一体となった保育を通して、心身ともに健やかな身体を育む。 ・ 子ども一人ひとりの発育と多様な個性を尊重し、自己の力や気持ちを中心にのびのびと表現する力を育む。 ・ 園内外の生活や遊びを通して、喜びや驚き・美しさなど様々な体験をし、豊かな好奇心と感性を育む。 ・ 家庭的な雰囲気のある生活と遊びのなかで、人と交わる楽しさや大切さへの理解を深め、お互いを認め思いやる気持ちを育む。 				

(3) 施設の概要

敷地	代替園庭	100 m ² (東鴻池公園)
園舎	構造	鉄筋コンクリート造 地上 1 階建て
	延べ	122.07 m ²

(4) 主な設備の概要

設備	部屋数	備考
0歳児保育室	1室	有効面積 28.99 m ²
1歳児・2歳児保育室	1室	有効面積 42.36 m ²
調理室	1室	
調乳室	1室	
便所（児童用）	1室	沐浴設備を兼ねる
便所（職員用）	1室	
事務室	1室	職員休憩室・湯沸室・管理者室含む
更衣室	1室	医務室を兼ねる

(5) 職員体制（令和8年4月1日現在）

職種	員数	常勤	非常勤	備考
園長	1人	1人	人	
保育士	9人	6人	3人	
調理師	2人	人	2人	

(6) 利用定員ごとの特定地域型保育の提供する曜日等

【3号認定子ども（保育認定）】

提供する曜日	月曜日から土曜日まで	
保育時間	保育標準時間	午前7時～午後6時（11時間）
	保育短時間	午前9時～午後5時（8時間）
延長保育	保育標準時間	夕：午後6時～午後7時
	保育短時間	朝：午前7時～午前9時 夕：午後5時～午後7時
開所時間	月～金曜日	午前7時～午後7時
	土曜日	午前7時～午後7時
休業日	日曜日・祝日	
	年末年始（12月29日～1月3日）	

(7) 利用料等

利用者負担（月額保育料）		利用子どもが居住する市町村が定める利用者負担（保育料）	
入園料（入園時のみ）		10,000 円	
実 費 徴 収	延長保育に係る費用	保育標準時間 夕：午後 6 時～午後 7 時	上限 3,000 円／月 (1 日あたり 300 円)
		保育短時間 朝：午前 7 時～午前 9 時 夕：午後 5 時～午後 7 時	上限 6,000 円／月 (朝夕それぞれに最初の 1 時間 300 円、 1 時間を超える 30 分ごとに 300 円)
	保育用品	カラー帽子代	入園時 1,200 円程度
		連絡帳代	1 冊あたり 880～1,870 円
		写真代	1 枚あたり 60～150 円

(8) 支払方法

口座振替とし、現金での授受は行なわないものとします。

連絡帳代・写真代は、園ではなく株式会社コドモンに支払うものとします。

(9) 提供する特定地域型保育の内容

子ども・子育て支援法、その他関係法令等を遵守し、保育所保育指針に準じ、事業の特性に留意して、利用子どもの心身の状況等に応じて、特定地域型保育を提供します。

(10) 年間行事予定

月	行事内容（予定）
4 月	入園式
5 月	おやつ遠足
6 月	内科検診・歯科検診
7 月	七夕保育参観、プール遊び
8 月	夏祭り
9 月	敬老の日
10 月	内科検診、歯科検診、運動会
11 月	消防署見学
12 月	クリスマス会
1 月	生活発表会
2 月	節分の日

3月	おひな祭り、卒園式
----	-----------

(11) 利用の開始及び終了に関する事項及び利用に当たっての留意事項

【3号認定子ども（保育認定）】

利用者の内定	市の利用調整による
利用決定	利用契約書の締結による
退園理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 3号認定子どもに該当しなくなったとき（卒園を含む。） ・ 保護者から退園の申出があったとき ・ 利用継続が不可能であると市が認めたとき ・ その他、利用継続の重大な支障又は困難が生じたとき

(12) 嘱託医

医療機関の名称	医療法人博愛会 村田内科医院
医院長名	村田 保則
所在地	大阪府大東市住道2丁目2番108号 大東サンメイツ2号館1階
電話番号	072-873-5681

(13) 嘱託歯科医

医療機関の名称	こだま歯科
医院長名	小玉 圭司
所在地	大阪府大東市朋来2-5-35
電話番号	072-874-0124

(14) 緊急時における対応方法

特定地域型保育の提供中、園児に体調の急変などがあった場合、すみやかに保護者または緊急連絡先、その他医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

【管轄する消防署】

消防署名	大東四條畷消防本部
所在地	大阪府大東市新町13-35
電話番号	072-875-0119

【管轄する警察署】

警察署名	四條畷警察署
所在地	大阪府大東市深野3-28-1
電話番号	072-875-1234

(15) 非常災害対策

避難訓練	火災を想定した避難訓練、地震を想定した避難訓練のいずれかを月1回実施（他に不審者対応の訓練）
防災設備	消火器、火災報知器
避難場所	災害避難場所 大東中学校
緊急時の連絡手段	電話

(16) 相談・要望・苦情窓口

相談・苦情受付担当者	各クラス担任	各クラス担任
相談・苦情解決責任者	井上 智美	園長
第三者委員	片岡 裕	〒167-0052 東京都杉並区南荻窪 4-39-11 3階 電話：03-5370-3665
		YHK 社労士事務所 社会保険労務士

【要望・苦情等への対応方法】

面接・電話・文書等の方法で相談・苦情を受け付けます。[受付時間] 9:30~17:30 (月~金)

(17) 賠償責任保険の加入状況

以下の保険に加入しています。

保険の種類	賠償責任保険・傷害保険（学校契約団体）
保険金額	賠償責任：支払限度額 1人につき 4000万円、1事故につき 8000万円 傷害：死亡・後遺障害 100万円/人、入院保険金日額 1千円/人、通院保険金日額 500円/人

(18) 個人情報の取り扱い

特定地域型保育の提供に当たって、職員及び職員であった者が知り得た個人情報や秘密は、法令による場合を除くほか、保護者の同意を得ずに第三者に提供することはありません。

(19) 連携施設

連携施設の名称	学校法人同往学園 朋来幼稚園
連携施設の種類	私立幼稚園
連携協力の概要	<input checked="" type="checkbox"/> 保育内容の支援 <input type="checkbox"/> 食事の提供 <input type="checkbox"/> 嘱託医（健康診断）

	<input checked="" type="checkbox"/> 屋外遊技場の利用 <input type="checkbox"/> 合同保育 <input type="checkbox"/> 後方支援 <input checked="" type="checkbox"/> 行事への参加 <input checked="" type="checkbox"/> 入所児童との定期的な交流 <input checked="" type="checkbox"/> 卒園後の受け皿の設定
--	--

(20) 食事の提供方法

<ul style="list-style-type: none"> ・ 保育を提供する日は、毎日食事の提供を行います。(自園調理・完全給食制) ・ 間食は午前 10 時と午後 3 時です。時間外保育時は、午後 6 時 30 分に補食があります。 ・ 毎月給食献立表を配布いたします。

重要事項説明書についての同意書

令和 年 月 日

当園における保育の提供を開始するにあたり、本書面にに基づき
重要事項の説明を行いました。

施設名 住道サンフレンズ保育園

説明者 _____

本書面に基づいて住道サンフレンズ保育園の利用にあたっての
重要事項の説明を受け、同意しました。

保護者住所 _____

保護者氏名 _____ (印)

児童との続柄 _____

児童名 _____