

# 全国病児保育協議会 入会届

令和 年 月 日

一般社団法人 全国病児保育協議会  
 会長 大川 洋二 殿

このたび、全国病児保育協議会に

	補助受託施設	補助未受託施設 または未開設
入会金	10,000円	
事業年会費	25,000円	12,000円
合計	35,000円	22,000円
円		

合計 を添えて、申し込みます。

【振込先】ゆうちょ銀行  
 □座番号 00170-2-420106  
 □座名義 全国病児保育協議会

代表者名	役職		氏名		
病児保育施設名					
併設施設名 (医療機関併設型と保育所・認定子ども園併設型のみ記載)					
都道府県名			郵便番号	-	
住所					
TEL		-	FAX		
e-mail					
<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無					
		アドレス			
ホームページ					
<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無					
		アドレス			
病児保育事業開始年月日		<input type="checkbox"/> 開設中(平成 年 月 日)			
		<input type="checkbox"/> 準備中(2年以内に開設)			
		<input type="checkbox"/> 今後開設を検討中			
補助金受託の有無		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 申請中 ・ <input type="checkbox"/> 無			
実施主体(無の施設は記入不要)		<input type="checkbox"/> 市町村 特別区 ・ <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業 ・ <input type="checkbox"/> 自主事業 ・ <input type="checkbox"/> その他( )			
施設形態		<input type="checkbox"/> 医療機関併設型 <input type="checkbox"/> 保育所・認定子ども園併設型 <input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 非施設型 <input type="checkbox"/> 乳児院併設型 <input type="checkbox"/> 児童養護施設併設型 <input type="checkbox"/> その他( )			
事業類型		補助金受託施設は、補助金支給体系に従う事業類型をチェックしてください。複数の事業類型で補助金を受託をしている施設は複数回答可です。 <input type="checkbox"/> 病児対応型 <input type="checkbox"/> 病後児対応型 <input type="checkbox"/> 体調不良児対応型 <input type="checkbox"/> 非施設型(訪問型)			
病児保育室の定員	名 ・ <input type="checkbox"/> 定員無	保育室の数	室(感染室 _____ 室を含む)		
病児保育室のスタッフ	看護師	・勤務体制 <input type="checkbox"/> 常駐・ <input type="checkbox"/> 兼務・ <input type="checkbox"/> 不在 ・勤務形態 不在は記載不要 常勤 人 ・ 非常勤 人	保育士	常勤 名 ・ 非常勤 名	
医療機関併設型ではない施設(保育所・認定子ども園併設型、単独型、乳児院併設型、児童養護施設併設型)にお尋ねします。		協力医はいますか。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ふだんから協力医と連携がとれていますか。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ			
研修会への参加について、貴施設の在籍者全員が参加できないことがあります。ご了承頂けますか。(施設の偏りなく、参加いただきたいため)				<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
病児保育室担当者名	職名		氏名		

※入会届は郵送にて事務局までお送りください。

【入会届送付先】 〒160-8306 東京都新宿区西新宿5-25-11-2F 日本小児医事出版社内  
 一般社団法人 全国病児保育協議会 事務局