添書不要　↑青森県子ども家庭支援センター　葛西あて　ＦＡＸ０１７－７３２－１０７３　↑↑

**令和３年度　子育て支援実施施設等　調査票**

１

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１　施設の区分** | | □地域子育て支援拠点実施施設　□その他 | | | | | | | |
| **２　運営区分** | | □保育所　□認定こども園　□幼稚園　□行政　□NPO　□その他 | | | | | | | |
| **３　施設の名称（市町村名）** | | （　　　　　　） | | | | | | | |
| **４　連絡先** | 住　　所 | 〒 | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | ＦＡＸ |  | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | | |
| E-mail |  | | | | | 公表の可否 | |  |
| ＵＲＬ |  | | | | | リンクの可否 | |  |
| **５　事業内容**  （情報提供事業を除く） | **交流の場** | □ | | | | 回数　月・週　　　　回  曜日  時間　　：　　～　　： | | | |
| **相談受付** | □ | | | | 曜日  時間　　：　　～　　： | | | |
| **講習** | □ | | | | 回数　月・週　　　　回  曜日  時間　　：　　～　　： | | | |
| **上記以外** | □ | | | |  | | | |
| **６　コメント、特記事項** | |  | | | | | | | |
| **７　子育て支援設備**  （施設に有するものに☑） | | □授乳室　□おむつ交換スペース　□粉ミルク用のお湯の提供  □プレイルームスペース　□トイレ内ベビーチェア　□駐車場  □飲食が可能な座敷　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| **８　子育てサークルの内容**  （「サークル名」があり、会員や参加者を募っているもの等、ただし年1～2回程度のものは記入不要です） | | **サークル名** | **活動内容・対象（年齢制限ある場合）** | | | | | **日時など** | |
|  |  | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
| **９　公表の可否**  （公表とは、当センターが作成する子育て支援リスト、ＨＰ、親子に優しい街マップサイト等に掲載することを指します。） | | ＊地域子育て支援拠点事業実施施設については、原則公表とします。  ＊上記以外については、下記より選択ください。  　□記載した内容については、すべて公表しても構いません。  　□メールアドレスについては公表を希望しません。  　□ＵＲＬのリンクを希望しません。  　□一切の公表を希望しません。  　→理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |