

NPO 法人
オールしずおかベストコミュニティ会員 様
事業所責任者 様

販売会/イベント公募のご案内

対象	障害福祉事業所	対象地区	全県対象
----	---------	------	------

販売会のご案内です。御希望の事業所はお手数ですが下記情報をご検討の上、申込欄に必要事項を記入し、FAXにてお申込み下さい。販売スペースに限りがあるため、お申し込み多数の場合はご連絡のうえ、出店の可否を含め、調整させていただく場合がございますのでご理解をお願い致します。

イベント名	フェスタシズウエル 2019	主催	社会福祉法人 静岡県社会福祉協議会
イベント期間	令和元年 8 月 17 日 (土)		
イベント内容	事業所製品販売、スタンプラリー、ちゃっぴ〜の館内回遊などの集客企画を行い、会館全体を利用するイベントです。		
主な来場者	シズウエル近隣の一般顧客 福祉関係者	整理番号(*)	19062601

■出店条件

1 販売日時	令和元年 8 月 17 日 (土) 10:00~14:00	5 販売手数料	5%
2 会場	静岡県総合社会福祉会館 シズウエル 1 階ロビー、および、 1 事業のみ 7 階での体験型販売。	6 申込締切日	令和元年 7 月 4 日 (木)
3 内容	1) 事業所製品の販売・体験型販売 ※ 販売のみの事業所はテーブル 1 台 を用意 (1 台 1,800mm×450mm) の予 定です。体験型は補足申込書を参照。 2) 今年も体験型販売を開催します。 ※当日シズウエル内では他入居団体 で、4~5 のワークショップも開催さ れます。	7 昨年状況	128,182 円 8 事業所が参加
4 販売条件	食品については製造施設名・原材料・ 賞味期限など食品衛生法・食品表示法 等の指示事項の順守、及び、明記をお 願います。	8 その他	※出店準備は、当日 8 時 30 分 以降、9 時半までに完了願いま す。 ※テーブルクロス、什器等は各 事業所でご用意願います。 ※今年はお店事業所ごとに、1 台の駐車場の割り当てを交渉 しています。 希望の有無を次ページにご記 入下さい。

■問合せ先

NPO 法人オールしずおかベストコミュニティ
※詳細等ご不明な点は担当までお問い合わせ
ください。

担当： 支援課 松井

TEL/FAX 054-251-3515 054-251-3516

担 当	松井
-----	----

■出店希望いたします。

イベント名			整理番号(*)	19062601
事業所名		担当者名		
郵便番号	〒			
住 所				
T E L		F A X		
Mail				

■販売出品リスト

No	製 品 名	製品属性 番 号	単価	数量	備 考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

1	食品	3	縫製品	5	日用品	7	衣類	商品属性番号
2	菓子	4	木工品	6	陶器	8	その他	

■駐車を 希望する・しない (いずれかに○をつけて下さい。)

フェスタシズウエル 2019 補足申込書

事業所名 _____

体験型販売を実施する場合は、体験内容をご記入下さい。

1. 体験型販売の実施について

- 体験型販売を希望します。 はい・いいえ どちらかに○を付けて下さい。
- 販売場所は、 1階を希望 7階を希望 どちらかに○を付けて下さい。

はいの場合、体験内容をご記入下さい。概略を本書にご記入の上、画像データで補足説明をお願いします。（形式自由）

体験内容：

- 7階での開催は1事業所のみとなります。また、静岡県社協による食品サンプル作りのワークショップと同時開催です。（静岡県社協との協議にて1事業所のみ場所が確保されたためです）
- 希望するテーブル数____本 希望する椅子数____脚 原則テーブル2本・椅子8脚の予定です。
- 出店事業所多数の場合、調整させて頂くことがありますのでご承知おき下さい。

画像送信先 m-masao@all-shizuoka.or.jp
（松井用メールアドレス）

以上