

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	浜松地区
----	---------	------	------

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。お申し込み多数の場合はご連絡のうえ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	スマイルフェスタ浜松(主催:浜松市)	主催	浜松市
イベント期間	平成 29 年 11 月 19 日(日)		
イベント内容	障害者週間の啓発事業として、障がいのある人の自立や社会参加への意欲を高め、また広く市民に対し障がいについての理解や認識を深める目的でイベントを実施 ※別紙参照ください		
主な来場者	市民	整理番号(*)	W29080701

■出店条件

1 販売日時	平成 29 年 11 月 19 日 (日) (販売時間) 11:00~14:00	5 出店手数料	無し
2 販売会場	浜松市中区砂山町 浜松市ギャラリーモール「ソラモ」	6 申込締切日	平成 29 年 8 月 18 日(金) 17:00 まで
3 内 容	障害者週間作文、ポスターの表彰 障がい者団体による発表 障がい者事業所による出店	7 昨年状況	
4 販売条件	直虎製品のみ販売(製品のみ参加可) 出店事業所で調整し、販売員、売上金の調整を行う	8 その他	主催者への直接の問い合わせはご遠慮ください 全事業所で 1 テント、テーブル 2 本、椅子 4 個を市で用意

■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： 西部センター 河嶋美津夫

TEL/FAX 053-458-7600

担 当	河 鳶
-----	-----

■出店希望いたします。

イベント名	スマイルフェスタ浜松(主催:浜松市)		整理番号(*)	W29080701
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	販売主力 ○印欄	備 考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

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

商品属性番号
以上