

事務連絡
令和元年8月9日

障害者就労支援施設 各位

岐阜県セルフ支援センター所長

出店販売施設募集について

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
日頃は当センターの事業推進に格別のご尽力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、下記内容の販売イベントが開催されます。つきましては、出店販売施設を募集しますので、出店を希望される場合は期日までにFAXにてお申し込みください。

記

イベント名	第17回岐阜県障害者スポーツ大会秋大会 ドリームスポーツ大会
募集施設数	制限なし。 ※調整中です。
販売日時	*販売日 令和元年11月10日(日) *販売時間 10:30~16:00(調整中です)
場所	岐阜メモリアルセンター内(屋外) ※雨天の場合、場所が変更になる可能性があります。(屋外)
申込〆切	令和元年9月6日(金) 必着
備考	・テント、机、イス等は、主催者側が用意します。 ・搬入は当日朝にお願いいたします。 ・斡旋手数料(売上の5%)は主催者が負担するため、支払いは不要となります。 ・販売商品の種類には特に制限はありません。飲食関係(いわゆる屋台・模擬店)の場合、保健所への営業許可申請は主催者が行います。 ・当日はバザー購入券(金券)300円分が参加選手に配布されます。 ※参考: 昨年の売上 967,659円 (うち金券売上分 302,100円)

◎コンプライアンス(法令遵守)

- ・価格表示をすること。
- ・販売物品や食品は「食品衛生法」や「薬機法」等に反しないものであり、「食品表示法」「家庭用品品質表示法」等の必要な表示を行うこと。
- ・全ての販売物には、製造物責任法(通称PL法)が適用されます。

◎お申し込み方法

・その場で調理加工を行う施設の申し込みは、添付書類①と②の必要事項をご記入の上申込
め切日までにFAXしてください。

①「第17回岐阜県障害者スポーツ大会ドリームスポーツ大会 バザー参加申込書」

②「調理・加工販売するもの」

・その場で調理加工しない施設の申し込みは、添付書類『2019年度イベント出店申込
書』に必要事項をご記入の上、申込め切日までにFAXしてください。

・また、両方とも申し込みをされる場合は、添付書類①と②、『2019年度イベント出店
申込書』に必要事項をご記入の上、申込め切日までにFAXしてください。

FAX番号 058-275-4888

◎販売方法について

各施設の販売員による対面販売、個別会計でお願いします。

◎利用料徴収について

当センターより斡旋を受け、販売を実施した際、当センター設置規則第5条にもとづき、
販売斡旋利用料として売上金額の5%を後日請求させていただきます。

◎出店確定の連絡について

出店の可否については応募施設すべてにFAXで連絡をさせていただきます。ご不明な場
合は事務局担当者までお問い合わせください。

岐阜県セルフ支援センター（担当：飯田・森）

TEL 058-273-1111（内線：2526）

FAX 058-275-4888

①第17回岐阜県障害者スポーツ大会秋大会
 ドリームスポーツ大会
バザー参加申込書

団体・施設名

住 所

T E L

F A X

バザー責任者

責任者携帯

販 売 品 目	
販売スペース（テント数）及び電源の要、不要 ※1張 3m60×5m40	テント____張 要 ・ 不要
販売に必要な搬入資材	
搬入搬出時間	・搬入（11月10日） 時 分～ 時 分 ・搬出（11月10日） 時 分～ 時 分
搬入・搬出車両 （車種・・ナンバー・台数）	

※食品関係を販売する施設は、販売品目の欄に、販売額、販売数も併せてご記入ください

※必要なテント数をご記入ください。（テント1張につき、机2脚、パイプ椅子4脚を用意いたします。）

※電源の使用について要・不要どちらかを○で囲ってください

※ガスを使用する団体は各自でお持ち込みください。

※ゴミは各団体にて処理してください。

②調理・加工販売するもの

施設名：

担当者：

調理品名	売 値	販売数量	材料仕入れ先	材料仕入れ量

※調理・加工販売するもののみ、記入してください。

※包装済みの物は基本的には記入不要ですが、調理パン(焼きそばパン等)はお願いします。

2019年度イベント出店申込書

イベント名	第17回岐阜県障害者スポーツ大会秋大会 ドリームスポーツ大会				
販売日	令和元年11月10日(日)				
施設名	【施設名】 【住所】				
連絡先	TEL () FAX ()		記入者名 ()		
販売員	合計_____名 (当日販売責任者名:) 携帯電話番号: 【内訳】①職員_____名 ②利用者_____名 ③その他_____名 (うち車いす利用者_____名)				
販売内容 〔冷蔵庫等の備品はセルフ支援センターで準備できません。予めご了承ください。〕		商品名	単価(税込)	個数	備考
	1		@		
	2		@		
	3		@		
	4		@		
	5		@		
	6		@		
	7		@		
	8		@		
	9		@		
10		@			
特記事項	搬入車両_____台 車種_____ ナンバー_____				

岐阜県セルフ支援センター行き
FAX 058-275-4888