

事 務 連 絡
令和 4 年 12 月 12 日

障がい者就労支援事業所 各位

社会福祉法人岐阜県社会福祉協議会
岐阜県セルフ支援センター

販売イベントへの出店事業所募集について

岐阜県セルフ支援センター事業の推進につきまして、日頃より格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、下記の販売イベントを開催します。つきましては、出店事業所を募集しますので、希望される場合は期限までに FAX にてお申し込みくださいますよう、お願い申し上げます。

記

イベント名	【令和 5 年 1 月・2 月・3 月開催分】 OKB ふれあい会館アトリウムライブ販売
募集事業所数	各販売日毎 3 事業所
販売日時	*販売日一覧 1 月…… 17 日、24 日 2 月…… 14 日、21 日、28 日 3 月…… 7 日、14 日 *販売時間 11 : 00～13 : 00
販売場所	OKB ふれあい会館 2 階アトリウム
申込期限	令和 4 年 12 月 26 日（月）必着
備考	新型コロナウイルスの感染状況により、販売イベントを中止または延期する場合がありますので、ご承知おきください。

◎コンプライアンス（法令遵守）について

- ・価格は、わかりやすいところに表示してください。
- ・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。
- ・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」などの関連法を遵守してください。

◎お申し込み方法について

- ・添付書類『令和 4 年度イベント出店申込書』に必要事項をご記入のうえ、申込期限までに下記の番号に FAX してください。

※別添『令和 4 年度イベント出店申込書』の出店日の欄に、出店希望日に○をつけて下さい。

FAX 番号 058-275-4888

◎販売方法について

各事業所の販売員による対面販売、個別会計をお願いします。

※新型コロナウイルス感染拡大防止の対応について

- ①販売員はマスク着用し販売を行ってください。なお、販売員は 2 人までとさせていただきます。
- ②飛沫防止ビニールシート付の販売台を各出店事業所につき 1 台準備いたします。
- ③会計は、直接お客様と金銭の手渡しを行わず、トレイを使用してください。
- ④各出店事業所で消毒液を用意し、販売員はこまめに手指消毒を行ってください。また、お客様も消毒液を使用できるよう販売机にも設置してください。
- ⑤野菜等お客様に自由にとって買っていただく場合には、手袋を施設で用意して行うか、商品を 1 つずつ包装したうえで販売してください。
- ⑥上記の他に各事業所の感染防止対策があれば積極的に行ってください。

◎利用料徴収について

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

出店の可否の結果については、申込事業所すべてに連絡いたします。

❖お問い合わせ先❖

岐阜県社会福祉協議会・岐阜県セルフ支援センター

TEL 058-201-1561

FAX 058-275-4888

担当：野村

令和4年度イベント出店申込書

イベント名	【令和５年１月・２月・３月開催分】 OKB ふれあい会館アトリウムライブ販売			
出店希望日	１月…… １７日、２４日 ２月…… １４日、２１日、２８日 ３月…… ７日、１４日 ← ※ 販売希望日に○をつけて下さい。			
事業所名	【事業所名】 【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： ） 【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
	1		@	
	2		@	
	3		@	
	4		@	
	5		@	
	6		@	
	7		@	
	8		@	
	9		@	
10		@		
特記事項	※販売促進の行為等があれば記入してください。			

岐阜県セルプ支援センター 行き
FAX 058-275-4888