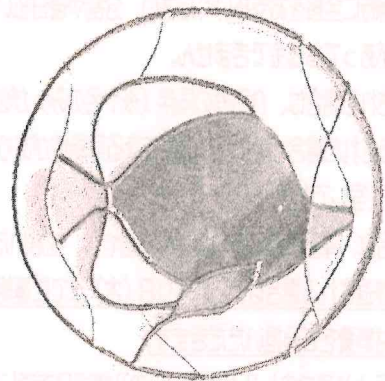


# グラスアート教室

特殊なカラーフィルムを土台に貼り、  
鉛の線でデザインを描いて仕上げる、  
簡単で安全な工芸です。

ステンドグラス作品のようなインテリア  
雑貨が作れます。涼しげに泳ぐ「魚の  
オーナメント」(直径 15cm)を作ります。



イメージ

開催日: 7月18日(金)

時間: 午後 2 時～3時半

場所: 堺市立健康福祉プラザ 4階クラフトルーム

定員: 10名(※申込多数時抽選)

対象: 小学生以上

参加費: 1,300円

持ち物: 筆記用具、持ち帰り用ビニール袋

※最下段の【確認事項】を必ずご確認ください、  
☒をいれてください。

(申込締切) 6月16日(月)まで**必着**

(申込方法) 直接窓口、TEL、FAX、郵送、メールのいずれかの方法で下記の必要情報を「市民交流センター」までお申し出ください。平日夜間(午後5時半～9時)・土・日・祝はFAX・メールのみの受付となります。

・郵送 〒590-0808 堺市堺区旭ヶ丘中町 4-3-1

堺市立健康福祉プラザ 市民交流センター

・電話 072-275-5017

・FAX 072-243-0330

・Email [simin-kouryuu@sakai-kfp.info](mailto:simin-kouryuu@sakai-kfp.info)

※裏面の注意事項も必ず、お読みください

## グラスアート教室 申込用紙

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                     |     |       |    |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----|-------|----|----------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                     |     |       | 年齢 | ※小学生以上対象 |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |     |       |    |          |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                     |     |       |    |          |
| 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 〒 —                                                                 |     |       |    |          |
| TEL                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) —                                                               | FAX | ( ) — |    |          |
| 障害の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ( ある ・ ない ) ※該当する方に○をつけてください                                        |     |       |    |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 障害名、等級などを記載してください。<br>( )                                           |     |       |    |          |
| ※上記の方が以下の項目①～②のいずれかに当てはまる場合は、介助者の氏名をご記入ください。(1名のみ)<br>介助者はご本人と1人分の材料で協力して作業して頂きますので、ご了承ください。<br>①障害があるため、1人での作業が難しく、協力して行う必要がある場合 ②小学生                                                                                                                                                |                                                                     |     |       |    |          |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                     |     |       |    |          |
| 介助者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     |     |       |    |          |
| ○特記事項                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ※特に配慮を要する場合は、具体的にご記入ください。<br>聴覚障害があり、手話通訳・要約筆記が必要な場合は、申込時にお申し出ください。 |     |       |    |          |
| <p>【確認事項】※必ずご確認ください、下記に<input checked="" type="checkbox"/>をいれてください。</p> <p>①当選者にのみ、6月25日頃までに参加決定通知文を郵送します。落選者には結果通知は郵送いたしません。</p> <p>②当選決定後に辞退される場合は、7月10日(木)までに連絡してください。それ以降の辞退の連絡は材料代をご負担いただく場合があります。</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ①・②について、了解しました</p> |                                                                     |     |       |    |          |



## 注意事項（※必ず、ご一読ください）

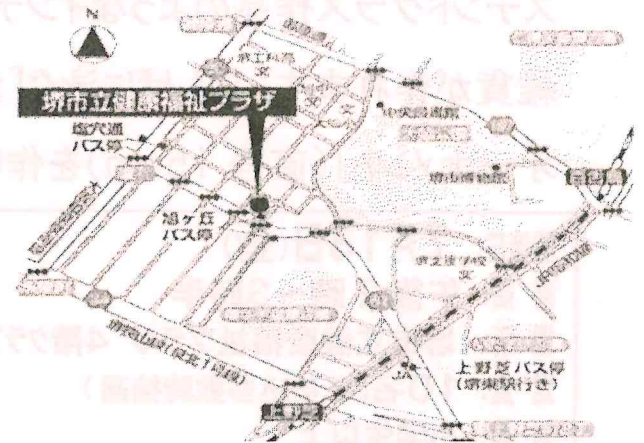
- ①申込用紙にご記入いただいた個人情報ならびに主催者が撮影した写真・映像等は、個人情報保護関係法令を遵守し、参加調整事務及び当センターの情報誌、ホームページの掲載、健康福祉プラザにおける事業報告の掲示のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。
- ②参加費は、初回時に全額をお支払いください。分割や後日払いは不可。受領した材料費は、いかなる理由があっても返金できません。
- ③小学生が参加される場合は、介助者の同伴（※1名のみ）が必要です。
- ④万が一、怪我をされた場合、保険証が必要になる可能性がありますので、教室参加時にはご携帯ください。（写しでも可）
- ⑤申込多数の場合は、障害のある方の参加枠を増やし、抽選いたします。
- ⑥当選確定後に辞退される場合は、7月10日（木）までに連絡してください。それ以降の辞退の連絡は、材料費をご負担いただきます。
- ⑦メールまたはFAXでお申し込みの方は、申込締切日までに受付確認のご連絡をいたします。万が一、受付確認の連絡がない場合は、受付が完了していない可能性があるため、お問い合わせください。また、市民交流センターからのメールを受信できるメールアドレスにて、お申し込みください。
- ⑧申込多数の場合は、抽選となります。当選者にのみ、6月25日頃までに市民交流センターから参加決定通知文を郵送いたします。落選者には結果通知は郵送いたしません。
- ⑨障害のある方で介助者を必要とする場合は、介助者の同伴（※1名のみ）が可能です。
- ⑩ご家族やご友人と一緒に受講を希望されても、別々での抽選となります。
- ⑪私事都合や体調不良等で、お休みされた場合の作品制作や材料のお渡しはできません。
- ⑫安全管理上、お子様同伴の参加はご遠慮ください。（※当選した応募者及び介助者のみ、参加可能です。）

## 交通アクセス

- JR 阪和線「百舌鳥」駅下車西へ1.4km
- JR 阪和線「上野芝」駅下車西へ1.3km
- 南海高野線「堺東」駅より
  - 南海バス（泉ヶ丘駅行き）乗車「旭ヶ丘」バス停下車すぐ
  - 南海バス（光明池駅行きなど）乗車「塩穴通」バス停下車南東500m

## 有料駐車場（地下1階）

60分/100円  
（最大料金 600円）  
※ただし、一時間までは無料  
※障害者手帳所持者等は無料



## お申込み・お問合せ

### 堺市立健康福祉プラザ 市民交流センター

住所：590-0808 大阪府堺市堺区旭ヶ丘中町4-3-1  
電話：072-275-5017 F a x : 072-243-0330  
E-MAIL : simin-kouryuu@sakai-kfp.info

## プラザの事業をサポートしていただけるボランティアを募集しています！

健康福祉プラザでは、スポーツセンターの教室や市民交流センターのイベント、生活リハビリテーションセンターの訓練などをサポートしていただけるボランティアを募集しています。ぜひご協力ください！

## センター職員記入欄

|                                                                |                                                                                |                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一緒に受講希望する方の氏名<br>（※別々での抽選になります。<br>右記の方の申込書も併せて、<br>提出してください。） | 氏名：                                                                            |                                                                                                                                                 |
| 上記の方が落選して、<br>ご本人が当選した場合                                       | <input type="checkbox"/> そのまま当選を希望します <input type="checkbox"/> 一緒に落選にしてもかまいません |                                                                                                                                                 |
| 備 考                                                            |                                                                                |                                                                                                                                                 |
| 受付日時と方法                                                        | 月 日 :                                                                          | <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> 郵送 |
| 受 付 者 名                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                 |