

# 障害者のためのアートスクール

半年間の継続教室で、絵画・版画・工作・パステルアート等を行い、創作活動を通して、自由な発想で作品作りや余暇活動を楽しむ場です。「上手」「きれい」に作る事が目的ではありませんので、楽しみながら自分の作りたい、描きたいと思うことを作品に表現してみましょう。



開催日：令和8年10月10日・24日、11月14日・28日、  
12月12日・26日、令和9年1月10日・23日、  
2月14日・27日、3月14日・27日

(全12回、第2・4土曜日、下線部のみ第2日曜日)

時 間：午後2時～4時

(※11/28・1/23・2/27・3/27のみ、午後3時～4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(※応募多数時抽選)

対 象：小学生以上の障害のある方で月2回・半年間継続して  
通える方(※小学生は保護者同伴)

参加費：材料費のみ自己負担

(※テーマにより異なるので、都度お知らせします。)

持ち物：作業用I.P.O.N・ハンカチ・筆記用具

※パステルアート回のみ、硬貨(パステル削り用)・消しゴム・  
ウェットティッシュが必要。

※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。

申し込みしめきり 9月15日(火)まで **必着**

(申し込み方法) 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 kyoushitsu\_moushikomi@sakai-kfp.info

↑メールアドレス変更になりました

※裏面の注意事項も必ず、お読みください

切り取り線

## 障害者のためのアートスクール 申し込み用紙

|                                                                                                                                                                                                                |                           |     |       |    |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----|-------|----|----------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                           |                           |     |       | 年齢 | ※小学生以上対象 |
| 氏名                                                                                                                                                                                                             |                           |     |       |    |          |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                           |                           |     |       |    |          |
| 住所                                                                                                                                                                                                             | 〒 —                       |     |       |    |          |
| TEL                                                                                                                                                                                                            | ( ) —                     | FAX | ( ) — |    |          |
| 障害名                                                                                                                                                                                                            | 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。                                                                                                                                      |                           |     |       |    |          |
| 【確認事項】※必ずご確認ください、下記に <input type="checkbox"/> をいれてください。<br>①当選者にのみ、9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。<br>②当選決定後に辞退される場合は、10月2日(金)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。<br><u>□ ①・②について、了解しました</u> |                           |     |       |    |          |

注意事項（※必ず、ご一読ください）

- ① 申込用紙の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、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・後日払い及び返金は不可。）
- ③ 小学生の方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、怪我をされた場合に必要になる可能性があるため、保険証をご携帯ください。
- ⑤ この教室は小学生以上の障害のある方対象の教室で、以下に該当する方が対象となります。
  - ・身体障害手帳をお持ちの方
  - ・療育手帳をお持ちの方
  - ・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方
  - ・自立支援医療受給者証をお持ちの方
  - ・特定疾患医療受給者証をお持ちの方
  - ・特定医療費（指定難病）受給者証をお持ちの方
  - ・小児慢性特定疾病医療受給者証をお持ちの方
  - ・障害福祉サービス受給者証をお持ちの方
  - ・特別支援学校または特別支援学級に在学及び在籍されている方
  - ・高次脳機能障害と医療機関で診断されている方
  - ・発達障害（自閉症・アスペルガー症候群・ADHD・学習障害等）と医療機関で診断されている方
- ⑥ 当選確定後に辞退される場合は、10月2日（金）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、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。当選者にはのみ、9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致しません。
- 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）

交通アクセス

- JR 阪和線「百舌鳥」駅下車西へ 1.4 km
- JR 阪和線「上野芝」駅下車西へ 1.3 km
- 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 FAX：072-243-0330

E-MAIL：kyoushitsu\_moushikomi@sakai-kfp.info

↑メールアドレス変更になりました

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<br>（※その方の申請書もご提出して頂いて下さい。） | お名前                                                                             |                                                                                                                     |  |
| 上記の方が落選して、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。 |                                                                                                                     |  |
| その他、特記する事                             |                                                                                 |                                                                                                                     |  |
| 受付日時と方法                               | 月 日 時                                                                           | <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Email |  |
| 受 付 者 名                               |                                                                                 |                                                                                                                     |  |