

# 季節の家庭料理教室

料理初心者の方を対象に簡単にできる栄養豊富で健康的な家庭料理を作ります。

## メニュー内容

- ① 茄子の甘酢あんかけ
- ② こんにゃく甘辛煮
- ③ 魚の酢の物
- ④ かき玉汁



開催日：令和8年10月17日（土）

時間：午前10時～正午

※進行状況によって、終了時間は変動します。

場所：堺市立健康福祉プラザ4階キッチンルーム

定員：8名（※申込多数時抽選）

対象：小学生以上（※小学生は保護者同伴）

費用：600円

持ち物：エプロン、三角巾、ハンカチ、筆記用具

※マスク着用推奨

※最下段の【確認事項】を必ずご確認いただき、  
☑をいれてください。

（申込締切）9月15日（火）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 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

## 季節の家庭料理教室 申込用紙

|                                                                                                                                                                                            |                                                                 |       |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|---------------------------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                       |                                                                 |       |                           |
| 氏名                                                                                                                                                                                         |                                                                 | 年齢    | ※小学生以上対象                  |
| 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<br>障害名、障害者手帳の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<br>※介助者も食事希望される場合は、別途参加費（600円）を頂きますので、下記に☑を入れてください。 |                                                                 |       |                           |
| フリガナ                                                                                                                                                                                       |                                                                 | 食事の希望 | ☐希望あり（別途、600円必要）<br>☐希望なし |
| 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】※必ずご確認いただき、下記に☑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9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。 ☐ ①・②について、了解しました              |                                                                 |       |                           |

## 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 小学生は、保護者または介助者の同伴（※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 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、10月9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・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。当選者にのみ、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。  
（※当選した参加者及び介助者のみ、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                                                        |                                                                                 |                                                                                                                                                 |