

# 健康福祉プラザ 市民交流センター 障害者のための料理教室

～簡単・時短メニューで楽しくクッキング～

3回連続の講座で簡単にできるご飯ものメニューを作ります。食材の下処理の仕方等、料理の基本が学べます。

- 1回目：親子丼、即席味噌汁、大根の酢漬け  
2回目：焼き豚ともやしの炒飯、キャベツの塩だれ、もずくの酸辣湯  
3回目：カレーピラフ温泉卵のせ、グリーンサラダ、ポテトスープ



開催日：1月18日、2月15日、3月21日(土、全3回)

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階クッキングルーム

定 員：6名(応募多数時抽選)

対 象：障害のある方

費 用：1,500円(※3回で)

※全3回出席可能な方のご応募に限ります。

持ち物：エプロン、三角巾、ハンカチ、筆記用具

応募しめきり：12月16日(月)まで必着

※平日夜間(17:30-21:00)・土・日・祝は

FAX・メールのみの受付

応募方法：「市民交流センター」宛にお願いします

・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

・電話 072-275-5017

・FAX 072-243-0330

・Email simin-kouryuu@sakai-kfp.info

裏面の注意事項もお読みください

切り取り線

障害者のための料理教室

応募用紙

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |     |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |     |                                                                                      |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |     | 年齢                                                                                   |
| 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>( ) |     |                                                                                      |
| <p>※欠席される場合は、開催日の1週間前までに連絡してください。それ以降の欠席の連絡は、材料代をご負担いただく場合がありますので、ご了承ください。 □ 上記の件について、了解しました。</p> <p>※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/>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小学生以下の低年齢のお子様<br/>※介助者も食事を希望される場合は、別途参加費(1,500円)を頂戴しますので、下記にチェックを入れてください。</p> |                           |     |                                                                                      |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |     | 食事の希望<br><input type="checkbox"/> 希望あり(別途、1,500円必要)<br><input type="checkbox"/> 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。                                                                                                                                                                                                                                              |                           |     |                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |     |                                                                                      |



## 注意事項

※応募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致しません。

※一度、頂戴いたしました材料費につきましては、返金は出来かねますので、ご了承ください。

※小学生以下の方が参加される場合は、保護者の同伴が必要です。

※万が一、御怪我をされた場合、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)

※「対象」が「障害のある人・ない人」の教室で、応募多数の場合は、障害のある方を優先させていただきますので、ご了承ください。(障害のない方が全員落選するということでは、ございません)

※開催日の一週間前までに連絡なく欠席された場合は、材料費を負担していただきますので、ご注意ください。

※メール・FAXでお申し込みの方で、送信後、締切日までにこちらからの受付確認のご連絡が届かない場合は、お手数ですが、市民交流センターまでお問い合わせください。

※お申込みされた月の月末までに、必ず市民交流センターから受講の可否について通知を送りますので、万が一届かない場合は、お手数ですが、市民交流センターまでご連絡ください。

※ご家族、お友だちと一緒に受講を希望されても、抽選の場合、申し込まれた方が、全て当選するということがない事もありますのでご了承ください。

※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ので、ご了承ください。

## 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(西区役所前行きなど)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、1時間までは無料  
※障害者手帳等所持者等は無料



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

## センター職員記入欄

|                                           |                                                                                |                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ご一緒に受講希望する方<br>(※その方の申請書も<br>ご提出して頂いて下さい。 | お名前                                                                            |                                                                                                                     |  |
| 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 |                                                                                                                     |  |
| 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                                   |                                                                                |                                                                                                                     |  |