

令和5年5月24日

施設（事業所）長 各位

一般社団法人茨城県心身障害者福祉協会  
会長 笹本 健一

2023年度「福祉の店ナイスハートバザール」（下妻会場）出展販売について

「福祉の店」事業の推進につきましては、日頃からご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。  
さて、標記のことにつきまして、別添募集要項のとおり開催することになりました。  
つきましては、出展販売をご希望の施設（事業所）は、申込書（ホームページに様式掲載）に必要事項をご記入の上、お申し込み下さいますようお願いいたします。  
なお、福祉の店参加施設につきましては、後日実施要項をお送りいたします。

問い合わせ先

一般社団法人 茨城県心身障害者福祉協会 事務局

〒310-0851 水戸市千波町1918番地

セキショウ・ウェルビーイング福祉会館

（茨城県総合福祉会館）内

（担当：片岡・菅谷）

TEL 029-244-7461

FAX 029-243-4429

## 「福祉の店ナイスハートバザール」(障害者の製作品即売会)開催要領

### 1 趣 旨

県内では、障害者が社会参加を目指して、障害福祉サービス事業所(社会福祉施設・福祉センター・作業所等)で、手芸品や木工品、手工芸品や陶芸品、食品(農産物や菓子)など様々な製品を作っています。

そこで、障害者の社会的自立支援の一環としてそれらの製作品を販売する機会を広く提供し、障害者の生きがいを高めながら工賃向上を図るとともに、障害者福祉に対する県民の理解を深めるため、ショッピングセンター等において即売会を開催します。

### 2 期日及び場所(2023年度)

- ・7月7日(金)～10日(月) イオン下妻店
- ・9/16(土) 県障害者スポーツ大会のリエーション競技会場(笠松運動公園内)
- ・10月13日(金)～16日(月) イオンモール土浦

### 3 主 催

茨城県

一般社団法人茨城県心身障害者福祉協会

### 4 後 援(予定)

茨城県身体障害者福祉団体連合会

茨城県手をつなぐ育成会

開催地市町村

茨城県社会福祉協議会

茨城県商工会議所連合会

茨城県商工会連合会

報道関係各社

茨城新聞社、朝日新聞水戸総局、毎日新聞水戸支局、読売新聞水戸支局、産経新聞水戸支局、東京新聞水戸支局、日本経済新聞水戸支局、共同通信水戸支局、時事通信水戸支局、NHK水戸放送局、茨城放送

### 5 協 賛(予定)

開催協力店

2023年度「福祉の店ナイスハートバザール」(下妻会場)  
出 展 販 売 募 集 要 項

1. 開催期間 令和5年7月7日(金)～7月10日(月) 4日間
2. 会 場 イオン下妻店 1階 食品西入口エレベーター前催事場  
下妻市堀籠972-1
3. 販売時間 10:00～19:00(最終日16:30)
4. 販売製品(福祉施設自主製品)

※自主製品とは、障害者施設(障害福祉サービス事業所)で製作したオリジナルの  
手作り製品です。

出品可能な製品

食品【野菜類、菓子類(パン、クッキー等)、味噌、漬物等】、陶芸品、織物、  
縫製品、手芸品、紙製品、手工芸品、木工品、日用品、植物等

※下記の製品は販売出来ません。

- ・製造許可のない加工食品
- ・関係法令(食品表示法等)の表示が不備な製品  
(食品表示法、米トレーサビリティ法、資源有効利用促進法、家庭用品規制法、  
景表法、知的財産権などに基づいた適正な表示をしていない製品)
- ・家庭用品品質表示法、薬機法にて許可されていない製品(石けん、入浴剤等は  
薬機法の許可が必要)
- ・検針済みの表示のない縫製品等
- ・PL保険(製造物(生産物)賠償責任保険)に加入していない施設の製品
- ・パッケージ(個包装)していない食品
- ・常温保存が困難な製品
- ・市販のキャラクター関係製品

※試食の提供はできません。

※下記について確実に表示する必要があります。表示不備の場合、参加不可となります。

※加工食品の表示を提出（申込書に届出書を添付）してください。

**加工食品は、下記の表示が必要になります。（栄養成分も必ず表示してください。）**

・名称 ・原材料名（食品添加物やアレルギー物質を含む食品も含む） ・アレルギー ・添加物  
・内容量 ・保存方法 ・原産国 ・原料原産地 ・遺伝子組み換え ・栄養成分  
・期限表示【消費期限（品質の劣化が早い食品（パンなど））又は賞味期限（品質が比較的長く保持される食品（クッキーなど））】

・製造（加工）者氏名（法人名等名称） ・製造者（製造（加工）所）所在地

※期限表示は手書き不可です。

※一つずつ包装し、包装の上に表示してください。

※詰合せの加工食品（菓子詰合せ等）は、詰合せの包装にも全商品の表示が必要です。

※表示方法にも各種規定があります。

※食品表示法により罰則が強化されておりますので充分ご注意ください。

※消費者庁発行「早わかり食品表示ガイド」（消費者庁のホームページからダウンロード可能）  
などをよくご確認ください。

5. 参加対象 茨城県内の障害者支援施設、障害福祉サービス事業所（個人参加不可）

6. 会場設営 開催前日 7月6日（木）10:00（搬入含む）～14:00

- ・係員を派遣可能な施設は、別紙「係員記入票」の会場設営欄にご記入下さい。
- ・食事代を支給します。

7. 搬入 ◇食品以外

- ・1回目 : 開催前日7/6（木）（食品を含む場合のみ7/7（金）でも可）
- ・2回目以降：販売期間中の希望日（出来るだけ休日にも搬入して下さい）

◇食品

販売期間中の希望日（7/7（金）～7/10（月））

（クッキー等の日持ちする食品のみ7/6（木）でも可）

※ただし、販売スペースの関係で、食品の搬入日を調整させていただく場合があります。

- ・1施設の販売スペースは、参加施設数及び品目によって異なりますが、原則として什器1台（棚幅900mm×3段）相当分（食品を出品する場合は、食品ワゴン（幅1500）の1/3～1/2、3段棚2/3程度）になるかと思えます。4日間販売い

たしますのでご了承下さい。

※在庫スペースが少ないため、販売員の担当日にも搬入するなど、出来るだけ2回に分けて下さい。

※食品の在庫スペースはワゴンの下1/3程度ですので、1回の納品数は各施設のワゴンの下1/3程度に置ける分まででお願いします。

※植物は、販売スペースが少ないため、1回の納品数は各施設の棚の下に置ける程度でお願いします。

・前日7/6（木）の搬入時間帯は、13:00～15:00になります。時間帯を4グループに分けさせていただきます。（会場設営協力施設は10:00～）

・販売期間中の搬入時間は下記になります。

・午前：9：10～9：45

・午後：14：45～15：00（午後の販売員集合時）

8. 搬 出 最終日 7/10（月）16：30（集合）～

9. 販売方法 レジ使用

10. 値 札 指定の様式（別紙参照）

・搬入日までに値札を準備して下さい。

・税込、10円単位以上の単価にしてください。

11. 販 売 員 参加施設より担当日（時間）割り当て（1回又は2回）

□「係員記入票」をお送り下さい。

・回数は、期間中1回又は2回（1日の前半、後半いずれかの時間が1回）です。

※前半5名、後半3名を原則とし割当日を先着順とさせていただきます。

各定員に達した場合は、希望日時以外の日時にお問い合わせすることになりますので、その場合はご連絡いたしますが、平日の前半は希望が多くなりますので予めご了承ください。

・1回の人数は、1施設1人又は2人です。

・毎回、平日の後半の部及び休日（前半、後半何れも）の販売員が不足しておりますのでご協力下さい。（会場から比較的近い施設は、後半の部でご協力下さいますようお願いいたします。）

・最終日は、搬出を兼ねる為、希望が多くなることが予想されます。人数の都合上、遠方の施設以外は、最終日は搬出のみをお願いいたします。

□割当時間（休憩時間含む）

- ・7/7(金)～7/9(日) 9:20～17:00 15:00～19:30（又は終了希望時間）
- ・7/10(月) 9:20～18:00（製品及び事務局備品搬出等含む）

□業務内容 レジ、レジ補助、値札半券整理、製品整理、製品補充等

- ・食事代を支給します。

◆腸内細菌検査（検便）の結果を提出していただきます。（開催店側からの指示）

- ・販売員は全員です。食品を出品しない事業所も含まれます。

（搬入搬出のみの係員は除く）

- ・検査結果は、開催日の2か月以内のものです。
- ・検査費用は各参加事業所でご負担願います。
- ・当日販売員が変更になる可能性がありますので、代理を想定し複数の方の結果を提出してください。
- ・事務局で取りまとめ、開催店に提出いたします。

12. 売上金 各施設の売上金（販売個数(値札半券)分)から運営費(売上金の5%)を差し引いた額を後日銀行振り込みにより支払い(振込手数料:各参加施設負担)
- ・値札集計は事務局で行います。
  - ・詳細は開催終了後郵送でご連絡いたします。

13. 見学 販売期間中随時（各来店者用駐車場に駐車して下さい。）

14. 申込方法 下記宛てメール又はFAXにて

※メールの場合は、下記①②はエクセルデータ、③④⑤⑥は、スキャンしたPDFをお送りください。また、ファイル名を事業所名に変更し、メール件名は「福祉の店ナイスハートバザール申込書」としてください。

15. 申込書類
- ①出展販売申込書（ホームページにExcel様式掲載）
  - ②係員記入票（ホームページにExcel様式掲載）
  - ③腸内細菌検査（検便）の結果（販売員全員（開催日前2ヵ月以内のもの））
  - ④加工食品表示届出書（ホームページにExcel様式掲載）
- ※シール等（写真の場合、拡大縮小不可）を貼り付けてください。また、前回提出済みで変更がなければ再提出は不要です。なお、新商品は必ず提出してください。
- ⑤食品営業許可証の写し
  - ⑥PL保険（製造物（生産物）賠償責任保険）の保険証券の写し(直近のもの)

※⑤と⑥は、既に送付済みの場合は不要ですが、有効期間が切れている場合は再提出してください。

16. 申込締切 6月16日（金）（腸内細菌検査（検便）の結果は6/30）  
※販売スペースの都合により、先着25施設とさせていただきますのでご了承ください。
17. その他 ・各参加施設の売上金の5%を運営費としてお支払いいただきます。  
・商品に画鋏や安全ピンなどは使用しないでください。（掲示する場合も同様）

※新型コロナウイルス感染症は、令和5年5月8日から感染症法上の位置付けが「5類感染症」に変更されましたが、予防のため、係員（搬入・搬出含む）は、下記の点を留意ください。

- ①マスク着用（推奨）、アルコール消毒、会場での検温をお願いします。
- ②体調不良の場合は来場しないでください。
- ③来場日の直近2週間程度は、行動を記録してください。

○福祉の店準備及び販売終了後、製品の上は布で覆いますが、万が一盗難などがあってもその補償は出来ませんのであらかじめご承知下さい。

○福祉の店参加施設へは、後日（開催1週間前頃）実施要項をお送りいたしますが、係員の割り当てなど不明な点は事前にお電話下さい。

○福祉の店参加施設の係員（搬入・搬出）及び販売員の駐車場、納品口、係員出入口、入店ルート等は、一般の来店者とは異なります。詳細は実施要項でご案内いたします。

《問合せ、申込先》 一般社団法人 茨城県心身障害者福祉協会 事務局（担当：片岡・菅谷）

〒310-0851水戸市千波町1918

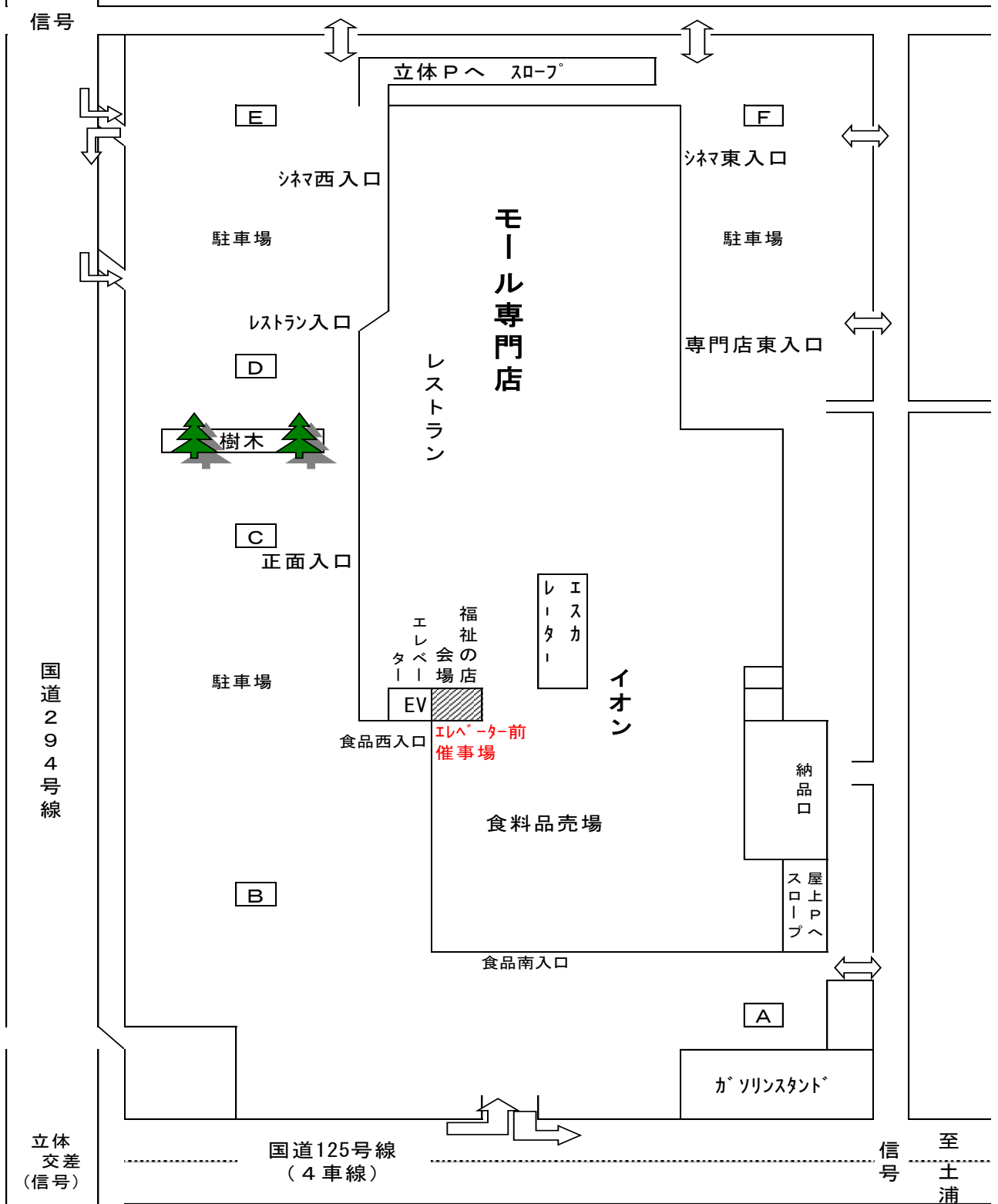
セキショウ・ウェルビーイング福祉会館（茨城県総合福祉会館）内

TEL 029-244-7461 FAX 029-243-4429

E-mail [iba-ssk@harness.jp](mailto:iba-ssk@harness.jp)

「福祉の店ナイスハートバザール」会場案内図

(イオンモール下妻内 イオン下妻店 1階)



※福祉の店参加施設用案内図（搬入ルート、係員駐車スペース等）は、実施要項に添付いたします。



## 値札について

### 1. 作成要領

○各自で作成して下さい。(下記様式コピー可)

- ・下記様式コピー可能ですが、出来るだけパソコンで作成した値札にしてください。

○製品販売管理は値札の半券で行います。以下のことを厳守して下さい。

- ・出来るだけ大きめ(下記値札様式程度)に作成して下さい。
- ・何色でも構いません。(ただし、製品ごとに色を分けず、各施設1色に統一して下さい。)
- ・厚紙(画用紙など)を使用して下さい。
- ・施設、事業所等の名称、製品名、単価(税込)は、2箇所(上下)記入して下さい。  
(上の部分：購入者用、下の部分：集計用)
- ・手書きの場合、文字は、読みやすいように大きくはっきり記入し、単価はスタンプ等をお願いします。
- ・半券が切り取りやすいようにミシン目を入れてください。
- ・上半分を各製品に1枚ずつ取り付けてして下さい。(値札の固定は、ホッチキスは使用しないでください。(危険であり、取れやすいため))
- ・全製品に取り付けた状態で搬入して下さい。(二重になっていないか再度チェックして下さい。)

### 2. 記入例

○○○○○	←施設、事業所等名称
コースター	←製品名
¥500(税込)	←単価(税込表示で、10円以上にしてください。)
福祉の店ナイスハートパザール	ミシン目
○○○○○	上記同様
コースター	
¥500(税込)	

### 3. 値札様式

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
¥	¥	¥	¥
福祉の店ナイスハートパザール	福祉の店ナイスハートパザール	福祉の店ナイスハートパザール	福祉の店ナイスハートパザール
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
¥	¥	¥	¥

## 福祉の店製品分類表

品目1	品目2	主な製品名	備考
食 品	野菜類	生鮮野菜	
	乾燥野菜類	干し椎茸、芋がら、唐辛子、にんにくなど	
	穀物類	米、もち米など	
	パン類	食パン、菓子パンなど	
	菓子類	クッキー、パウンドケーキ、ラスク、あげもちなど	
	味噌		
	漬物類 その他	梅干し、らっきょう、たくあん、なすなど ジャム、干し芋、塩、調味料など	
陶芸品	食器類	湯呑み、皿、コーヒーカップ、箸置きなど	
	インテリア	花器、花瓶、壁掛け、植木鉢、置物など	
	小物類	灰皿、箸置きなど	
	その他		
織 物	袋・手さげ類	バッグ、ポーチ、巾着、リュックなど	
	衣類	帽子、ベスト、ショール、マフラーなど	
	敷物類	花瓶敷き、テーブル墊、マット、コースターなど	
	小物類	ティッシュケース、ペンケース、カード入れなど	
	インテリア その他	壁掛け、状差しなど	
縫製品	袋・手さげ類	バッグ、ポーチ、巾着、リュックなど	織物以外の 主にミシン を使用した 布製品
	衣類	エプロン、Tシャツ、ショール、帽子など	
	寝具類	枕、枕カバー、座布団、クッションなど	
	小物類 その他	ハンカチ、ペンケース、ティッシュケースなど	
手芸品	袋・手さげ類	バッグ、ポーチ、巾着など	手縫いの布 製品、手編 み製品
	衣類	セーター、マフラーなど	
	敷物類	コースター、マットなど	
	小物類 その他	ハンカチ、マスコット、ティッシュケース、刺し子布巾、鍋つかみ、小物入れなど	
紙製品	小物類	はがき、しおり、紙皿、箸置き、小箱、ペン立て、袋など	
	インテリア	人形、置物、カレンダーなど	
	その他		
手工芸品	造花	ペーパーフラワー、布フラワーなど	
	アクセサリ	ペンダント、ブローチ、バレッタ、ブレスレット、七宝焼きなど	
	小物類	アームバンド、革製品、七宝焼きなど	
	インテリア	壁飾り、人形、ドライフラワー、かごなど	
	硝子製品 その他	皿、花瓶など スツール、キャンドルなど	
木工品	玩具類	パズル、積み木など	
	インテリア	ボード、鉢入れ、ブックスタンド、置物など	
	家具類	イス、テーブルなど	
	小物類 その他	なべ敷き、トレイ、まな板など	
日用品	固形石けん		
	粉石けん		
	洗剤		
	入浴草		
	炭		
	EMボカシ		
	その他		
植 物	生花	切り花など	
	鉢植え		
	苗		
	その他		

以下の申込書様式 (Excel) はホームページに掲載しています。

2023年度「福祉の店ナイスハートバザール」（下妻会場）出展販売申込書

令和 年 月 日

施設(事業所)名			担当者名
所在地	〒	TEL	
		FAX	
	E-mail		

予定出品製品一覧表

No.	品目 1	品目 2	加工食品 ○印	製品名	個数 (個)	単価 (税込)	金額 (円)
小 計							
合 計							

- (注) ・品目 1、品目 2 は「福祉の店製品分類表」を参照の上、分類表の順番で記入して下さい。  
 (同じ品目の場合は〃で構いません。)  
 ・搬入時納品書を提出して頂きますので、当日上記内容と数量が変更(増減)しても構いませんが、品目の追加は出来ませんので注意してください。  
 ・記入欄が不足の場合は、コピーして記入して下さい。  
 ・加工食品は、加工食品表示届出書を添付してください。  
 ・2枚以上の場合は、小計、ページ〇/〇も記入して下さい。

**2023年度「福祉の店ナイスハートバザール」（下妻会場）係員記入票**

施設(事業所)名

TEL

担当者名

FAX

■前日会場設営及び搬入 7/6(木) 10:00~14:00 (会場設営:派遣可能な場合)

氏名(全員)	車種(1台)	車両No.

■前日搬入 7/6(木) 13:00~15:00 (各割当時間は後日実施要項にてご連絡いたします)

氏名(全員)	車種(1台)	車両No.

※前日の食品搬入はクッキーなどの日持ちする食品のみです。パン、野菜などは販売期間中になります。

◆販売期間中の搬入希望日(全品目可)

希望日時				品目		氏名(全員)	車種(1台)	車両No.
7	7	金	午前 午後	食品	食品以外			
7	8	土	午前 午後	食品	食品以外			
7	9	日	午前 午後	食品	食品以外			
7	10	月	午前のみ	食品	食品以外			

・希望日時(午前 午後)及び品目(食品 食品以外)は○で囲んで下さい。ただし、食品は搬入日を調整させて頂く場合があります。

■販売員

○希望日時に記入して下さい。

希望日時				氏名	職名	車種(1台)	車両No.	備考
7	7	金	9:20 ~ 17:00					
			15:00 ~ 19:30					
7	8	土	9:20 ~ 17:00					
			15:00 ~ 19:30					
7	9	日	9:20 ~ 17:00					
			15:00 ~ 19:30					
7	10	月	9:20 ~ 18:00					搬出含む

※必ず派遣してください。 ※定員に達した場合は別の日時になります。(この場合はご連絡いたします。)

※販売員は、全員、腸内細菌検査(検便)の結果を提出していただきます。(食品を出品しない事業所も同様です)

■搬出 7/10(月) 16:30~

氏名(全員)	車種(1台)	車両No.

2023年度「福祉の店ナイスハートバザール」（下妻会場）加工食品表示届出書

施設(事業所)名		担当者名	
----------	--	------	--

No.	品目 1	品目 2	製品名	単価(税込)	備考
	食品				

上記食品表示貼付 (実物大)					
-------------------	--	--	--	--	--

No.	品目 1	品目 2	製品名	単価(税込)	備考
	食品				

上記食品表示貼付 (実物大)					
-------------------	--	--	--	--	--

No.	品目 1	品目 2	製品名	単価(税込)	備考
	食品				

上記食品表示貼付 (実物大)					
-------------------	--	--	--	--	--

- (注)
- ・加工食品全種類の実際のラベル等（シール、写真可）を貼ってください。
  - ・ラベル等の表示は実際の大きさ（拡大、縮小不可）を貼り付けてください。
  - ・枠に入らない場合は、枠にとらわれずに貼ってください。
  - ・記入貼付欄が不足の場合は、コピーして記入して下さい。
  - ・2枚以上の場合は、ページ〇／〇も記入して下さい。
  - ・前回提出済みの場合でも、変更箇所がある場合は再提出して下さい。

頁（    /    ）