

ドキュメンタリー映画 申込書

映画タイトル名 受付日時 年 月 日

主催者名	印		
御住所			
御担当者名			
電話/FAX	TEL <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	FAX <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/>	
携帯電話			
メールアドレス			
上映会場			
上映予定日/客席数	年 月 日 <input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>	客席数 <input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>	
入場料	入場料 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料	前売り券 <input type="checkbox"/> 円	当日券 <input type="checkbox"/> 円
上映回数	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> 回 ◎ 2回以上は同じ主催者であれば金額は変わりません。		
上映素材	<input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> ブルーレイディスク		
チラシ/ポスター	チラシ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> 枚数 <input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> 金額	ポスター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> 枚数 <input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> 金額	
販売物	◎ 映画関連商品の販売のご協力お願いいたします。 サントラ盤CDの販売になります 1.000円 (消費税込)		
	委託枚数 <input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>		
上映金額	(消費税別)		

備考

郵送、FAX、メールにてお送りください。

お問い合わせ・送付先	〒969-5343 福島県南会津郡下郷町落合ジイゴ坂1604-1 ドキュメンタリー映画 製作委員会
TEL/FAX : 0241-67-4426	担当 : 塩谷 070-3524-2781 E-mail mirufilm@am.wakwak.com