

映画「

」上映会、計画・申込書

申込日 年 月 日

上映会実施日 年 月 日 (曜日)

上映回数・時間

1	2	3	4
---	---	---	---

主催団体名	ふりがな		
代表者名	ふりがな		
担当者	ふりがな		
担当者住所	ふりがな 〒 都道 府県		
担当者電話番号		担当者携帯電話	
担当者FAX番号		e-mail	

メディア種類	<input type="checkbox"/> 16mm <input type="checkbox"/> 35mm <input type="checkbox"/> DVCAM <input type="checkbox"/> HDCAM <input type="checkbox"/> Blue-Ray <input type="checkbox"/> DVD		
上映会場名	ふりがな (席数)	上映場所電話番号	
上映会場住所	〒 　　ふりがな 都道 府県	フィルム到着希望日時 月 日 時 着	

観客目標数	約 名		
料金設定	前売り 大人 円	当日 大人 円	小人 円

お届け先 (申込者住所、会場住所等と異なる場合、ご記入ください)

〒
受取人名 : 電話番号 :

本申込書は**発注確認書**となりますので必ずFAXでご送信下さい。

株式会社フィルム、クレッセント

〒107-0062 東京都港区南青山5-12-3 小田急南青山マンション304

FAX 03(3406)7928 TEL 03(3400)8801・3800