

映画『ちづる』 入場料有料上映申込書

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 主催団体名 • 主催者ご氏名 • 住所 DVD 送り先 • ご連絡先 | 団体名 _____ 氏名 _____ 〒 _____ _____ TEL _____ FAX _____ E-mail _____ |
| <ul style="list-style-type: none"> • 上映日時 | 201__年__月__日() 上映回数 __回 ・ __時__分 ・ __時__分 ・ __時__分 |
| <ul style="list-style-type: none"> • 上映会場名 • 住所 | _____ 〒 _____ TEL _____ 会場客席数 _____ 席 |
| <ul style="list-style-type: none"> • 入場料金 | 一人 _____ 円 (前売) _____ 円 (当日) _____ 円 (割引) _____ 円 (その他) |
| <ul style="list-style-type: none"> • 日本語・英語字幕 | <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する |
| <ul style="list-style-type: none"> • 監督講演 | <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する __時__分から __時__分まで |
| <ul style="list-style-type: none"> • チラシ・ポスター のデータ | <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (ダウンロードページの URL をメールで送ります) |
| <ul style="list-style-type: none"> • 自主上映カレンダー への掲載 | <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する |
| <ul style="list-style-type: none"> • 企画意図 誰に観てもらいたいのか | _____ _____ _____ |

• ご質問、ご要望 その他

【送付先】 〒810-0045 福岡市中央区草香江 1-8-8-217 「ちづる」 上映委員会

E-mail : chizuru.movie@gmail.com

FAX: 092-577-5501

【お問い合わせ】 TEL : 090-3522-2227 E-mail : chizuru.movie@gmail.com