

映画『アラン ラプソディ』自主上映会申込書

上映地域	都・道 府・県	市・区 町・村・郡
上映日時	年 月 日 (曜日)	
	第1回 開場 時 分	上映開始 時 分
	第2回 開場 時 分	上映開始 時 分
上映施設	名称：	
	住所： 〒	
	TEL：	
	会場収容規模： 名	
チケット料金	前売り券 円	・ 当日券 円
上映形式	<input type="checkbox"/> DVD	<input type="checkbox"/> ブルーレイディスク <input type="checkbox"/> バリアフリー版
主催者 (ディスク等 のお届け先)	名称：	
	ご住所： 〒	
	ご担当の方の氏名	
	TEL：	FAX：
	メールアドレス：	
●上映会用のチラシ、チケットのデータは必要ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合(要メールアドレス) <input type="checkbox"/> イラストレーター <input type="checkbox"/> JPG <input type="checkbox"/> PDF		
●ポスター(B2サイズ・1枚300円)は必要ですか <input type="checkbox"/> はい (枚数) <input type="checkbox"/> いいえ *別送のため、送料のご負担をお願いいたします		
●パンフレット(販売価格:1000円卸値:900円/販売残数は返却可)は必要ですか <input type="checkbox"/> はい (冊数) <input type="checkbox"/> いいえ		
●手ぬぐい(販売価格:1000円 卸値:900円/販売残数は返却可)は必要ですか <input type="checkbox"/> はい (枚数) <input type="checkbox"/> いいえ		
●上映会情報を公式サイトに掲載してもよろしいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合 掲載可能な連絡先 ()		
●上映会への金聖雄監督の出席を希望されますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない *講演料及び交通費のご負担をお願いいたします		

すべての項目にご記入のうえ、キムーンフィルムまでお送りください

TEL:042-316-5567 / FAX:042-316-5882

キムーンフィルム記入欄

データ	素材	パンフ	手ぬぐい	ポスター	請求書	入金確認