

映画『オレの記念日』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	当日券 円	／ 前売り券 円	
上映形式	<input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> ブルーレイディスク		
主催 (*ディスク送付先)	名称：		
	御住所： 〒		
	御担当者様		
	TEL：		FAX：
	メールアドレス：		
請求書送付先 (主催者と異なる場合)	宛名：		
	ご住所：		
	TEL：		
<p>● 上映会用のチラシのデータは必要ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p style="padding-left: 40px;">「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</p>			
<p>● ポスター (B2サイズ・1枚300円) は必要ですか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p style="padding-left: 40px;">※ 5枚未満の場合は送料のご負担をお願いいたします。 「はい」の場合 (B2サイズ 枚)</p>			
<p>●パンフレット (販売価格：800円 卸値：700円/販売残数は返却可) は必要ですか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p style="padding-left: 40px;">「はい」の場合 (冊)</p>			
<p>● 貴上映会情報を製作委員会ホームページに掲載してもよろしいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p style="padding-left: 40px;">「はい」の場合 掲載電話番号 ()</p>			
<p>● 貴上映会への金聖雄監督の出席を希望されますか (別途講演料・交通費かかります)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない</p>			

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