

## 『だんらんにつぼん-愛知・南医療生協の奇跡』上映申込書

送信日： 平成 年 月 日

主催団体		御担当者名	
電話番号		FAX番号	
住所	〒		
E-mail			

上映会の趣旨・内容			
上映希望日	年	月	日 日間
上映開始時刻	時	分 /	時 分 上映回数 回上映
会場名		客席数	
入場料金	<input type="checkbox"/> 有料上映 料金： <input type="checkbox"/> 無料上映		<input type="checkbox"/> 一般の入場が可能 <input type="checkbox"/> 関係者(会員等)に限定
会場住所	〒		

上映素材	<input type="checkbox"/> ブルーレイ	<input type="checkbox"/> DVD	※御希望の素材に印を付けてください。
配送指定日	月	日 (時間指定:	※基本的には上映5日前 着払発送です。

宣伝材料	御注文数	金額	備考
下白チラシ(B5版 5円/1枚)	枚	円	
ポスター(B2版 200円/1枚)	枚	円	
	宣伝材料合計金額	円	

委託販売			
パンフレット(販売価格500円)	冊	※残数返品可(主催側の販売手数料100円をお受け取り下さい。)	
配送指定日	月	日 (時間指定:	) ※着払発送

通信欄	上映会の情報のHP掲載を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
-----	---