

# 日本の保健婦さん

## 上映申込書

「日本の保健婦さん—前田黎生95歳の旅路—」上映委員会

FAX 0422-48-6237

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

上映会の趣旨					
上映希望日	年	月	日	～	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(会員など)に限定		
会場住所	〒				
公式HPでの上映会情報の公開 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (可の場合) 一般からの問合せ先:					

上映素材	<input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> ブルーレイ	※ 大規模ホール上映に限り、ブルーレイの貸出が可能です。
配送指定日	月 日 時間指定:	※ 基本的には上映5日前の到着 着払発送です。

宣伝材料	御注文数	金額	備考
ポスター (B2サイズ 200円/枚)	枚	円	
下白チラシ (B5サイズ 5円/枚)	枚	円	
リーフレット (A4・6頁 30円/部)	部	円	
	宣伝材料合計金額	円	
配送指定日	月 日 時間指定:		※ 着払発送

通信欄	FAX送信日時 年 月 日
-----	---------------