

上映会申込書

すべての項目にご記入の上、スコブル工房までお送りください。

FAXの場合 0422-36-6010 メールの場合 sukoburukobo@gmail.com

上映地域	都・道・府・県	市・区・町・村
上映日時	年 月 日 (曜日)	上映回数(回)
	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	
入場料金	当日券 円 前売券 円	
上映形式	<input type="checkbox"/> ブルーレイディスク <input type="checkbox"/> DVD	
主催者情報	名称:	
	住所: 〒	
	ご担当者:	
	TEL:	FAX:
	メールアドレス:	

上映会用チラシ、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 <input type="checkbox"/> イラストレーター形式 <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 <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合 (枚)
パンフレット(定価1,000円/卸値800円)を販売しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合 (冊)
貴上映会情報を公式ホームページに掲載してもいいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合 掲載連絡先()
貴上映会での監督講演を希望されますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

通信欄(お問合せ、ご要望などありましたら、ご記入ください)
