

ドキュメンタリー映画『がむしゃら』自主上映会・学校上映会 申込書

申込日： 年 月 日

| | | | |
|---------------------|------|-------|--|
| 主催団体名 | | 代表者名 | |
| 担当者名 | | 電話番号 | |
| 住所(主催団体住所もしくは担当者住所) | (〒) | | |
| E-mail | | FAX番号 | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------|--|---|---|---------|------|---|---|----|------|-------|
| 上映会名 | | | | | | | | | | |
| 上映希望日 | 年 | 月 | 日 | 曜日 | ～ | 月 | 日 | 曜日 | 計 | 日間 |
| 上映開始時刻 | 時 | 分 | ／ | 時 | 分 | ／ | 時 | 分 | 上映回数 | 回上映/日 |
| 会場名 | | | | 客席数 | | | | | | |
| 予想観客人数 | | | | 入場料金 | | | | | | |
| 会場住所 | (〒) | | | | | | | | | |
| 会場電話番号 | | | | 会場FAX番号 | | | | | | |
| 上映素材/物販/宣伝材料 送付先 | <input type="checkbox"/> 主催者住所 <input type="checkbox"/> 上映会場住所 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 ※下記に送付先をご記入下さい | | | | | | | | | |
| | 担当者名： | | | | TEL： | | | | | |
| | 〒 | | | | | | | | | |

※上映日については他の上映との兼ね合いでご相談させていただく場合もございますので、あらかじめご了承ください。

| | |
|----------------|---|
| 上映素材 | <input type="checkbox"/> ブルーレイ <input type="checkbox"/> DVD |
| 上映用素材 配送希望日 | 年 月 日 |

自主上映会 & 学校上映会 お申込・お問合せ先
〒160-0003 東京都新宿区本塩町7-5 株式会社マクザム 営業部 小関・橋本
TEL: 03-3358-6241 FAX: 03-3358-8858 E-mail: info@maxam.jp