

## 自主上映 貸出申込書

下記欄に必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

主催団体(個人)名	
ご担当者名	
連絡先	〒 TEL.           -           -                           FAX.           -           - E-mail
上映日	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 予定           年    月    日 (    )頃
上映会場	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 予定(候補がありましたらご記入ください) 会場名: 〒 TEL.           -           -                           FAX.           -           -
上映の種類	<input type="checkbox"/> ブルーレイディスク <input type="checkbox"/> 35mmフィルム
映写について	<input type="checkbox"/> 技師派遣不要 <input type="checkbox"/> 技師派遣希望
	<input type="checkbox"/> 機材手配不要 <input type="checkbox"/> 機材手配希望

通信欄/ご質問があればお書きください。