

『SHOAH ショア』上映申込書

*下記にご記入の上、ご希望上映日の2ヶ月前までにマーメイドフィルムまでFAX/メールにてお送りください。

主催団体名			
代表者氏名		担当者氏名	
住所	〒	-	
連絡先	TEL		FAX
	email		
上映日		曜日	
上映会場名			
上映会場住所	〒		
	TEL	URL	
入場料	<input type="checkbox"/> 無料	<input type="checkbox"/> 有料	上映回数 <input type="text"/> 回
上映開始時間	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*有料上映の場合のみご記入ください

券種	金額(一人)	券種	金額(一人)
前売り	円	当日	円
割引	円	その他()	円

販売物	品名	数量	単価(税込)	合計(税込)	備考
宣材	チラシ(100枚単位)		¥5		
	ポスター(5枚単位)		¥300		
物販	パンフレット(10部単位)		¥850		

送付先
 チラシ・ポスター ご主催者 上映会場 その他 (※住所を
 パンフレット ご主催者 上映会場 その他 下記備考欄に
 上映用素材 ご主催者 上映会場 その他 ご記入ください)

告知
 『SHOAH ショア』公式HPでの告知を 希望しない 希望する
 上映情報 問合せ先

*請求書送付先が主催者と異なる場合は送付先を備考欄にご記入ください。

備考欄
