

『島の色 静かな声』自主上映会 お申込み書

FAX:03-3560-2047

※お申込み後できるだけ早くご連絡をさし上げます。ご希望のご連絡方法に☆印をつけて下さい。

お名前	
ご所属	
ご住所	〒
TEL FAX	
e-mail	
※以下は、決まっている場合にご記入願います	
希望素材	35mmフィルム / デジタルβカム / HDカム / DVD
貸出希望日	年 月 日
貸出日数	
上映場所	
チラシ	() 枚 カスタマイズ希望 / 不要
ポスター	() 枚 カスタマイズ希望 / 不要