

映画「スクール・オブ・ナーシング」の自主上映会開催を申し込みます。

申込日	年	月	日	
主催団体名				
住所	〒			
電話／FAX				
担当者氏名			E-mail	

上映希望日	年	月	日	(曜日)	上映回数	回
上映開始時刻	①	時	分	／②	時	分
※複数日に渡っての上映や1日に3回以上の上映を希望される場合はお知らせください。						
会場名				収容人数(客席数)	席	
会場住所	〒					
会場電話番号			入場料金	円	目標動員数	人

上映素材	<input type="checkbox"/> DCP(デジタル・シネマ・パッケージ) <input type="checkbox"/> Blu-rayディスク <input type="checkbox"/> DVD
※ご希望の上映素材に✓を入れてください。	

宣伝素材(税別)	ご注文数	価格		備考
B5チラシ(下白あり)	セット	× 500円＝	円	※1セット100枚、セット単位で販売
B5チラシ(下白なし)	セット	× 500円＝	円	※1セット100枚、セット単位で販売
B2ポスター	枚	× 200円＝	円	
	宣伝素材合計金額		円	※別途消費税が加算されます。

上映素材・宣伝素材 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			
	※ご希望の送付先住所に✓を入れてください。「その他」をご希望の方は以下に送付先住所をご記入ください。 ※宣伝素材はご注文をいただいてから、在庫確保後すぐに送料着払いにて発送いたします。			
	〒			
	荷受担当者氏名		電話番号	

舞台挨拶／講演会	<input type="checkbox"/> 監督 <input type="checkbox"/> 原案者(元看護専任教員) <input type="checkbox"/> プロデューサー <input type="checkbox"/> その他( )
※舞台挨拶や講演会を希望される場合は、来場を希望されるゲストに✓を入れてください。	
※スケジュールによってはご希望に添えない場合がございますのであらかじめご了承ください。	

ホームページへの掲載希望	公式HPへの情報掲載を	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない (□に✓を入れてください。)
【掲載を希望する場合のみ】掲載を希望する項目の□に✓を入れてください。			
<input type="checkbox"/> 日時	<input type="checkbox"/> 会場名	<input type="checkbox"/> 会場住所	<input type="checkbox"/> 主催者名
<input type="checkbox"/> 問い合わせ先 (□E-mail:	<input type="checkbox"/> 電話番号:	<input type="checkbox"/> 担当者名 (□苗字のみ)	<input type="checkbox"/> その他:
<input type="checkbox"/> その他(入場料金、参加条件など):			
※上映会開催日が確定次第掲載する予定ですが、他の上映会との兼ね合いにより掲載時期が遅れる場合があります。 ※公式ホームページにおける開催情報の公開により何らかの問題が生じた場合でも、製作委員会は一切責任を負いかねます。公開される項目については充分にご検討いただいたうえでご記入くださいますようお願いいたします。			

### 《申込み先》

「スクール・オブ・ナーシング」製作委員会 自主上映部門

【メール】 [joueikai@nurse-movie.jp](mailto:joueikai@nurse-movie.jp)

【FAX】 050-3730-6588

【郵送】 〒168-0064 東京都杉並区永福2-50-20 グリーンハイム201

※申し込みはメール、FAXまたは郵送で受け付けております。電話での申し込みは受け付けておりませんのでご了承ください。