

『精神病院のない社会』
自主上映会申込書

お申込日	年 月 日 ()
------	-----------

上映日	年 月 日 ()	上映規模	人
上映会会場	名称: 住所:		

フリガナ			
責任者氏名			
フリガナ			
連絡担当者氏名	※責任者と異なる場合はご記入お願い致します		
所属団体名			
住所	〒		
電話番号		FAX	
メールアドレス			

パンフレット希望送付数	部 ※余ったパンフレットはご返却ください		
パンフレット等郵送先	〒 ※上記住所と異なる場合はご記入お願い致します		
討論会	【 】討論会あり 【 】討論会なし ※【 】内に○をつけてください		
講演会	【 】講演会あり 【 】講演会なし ※【 】内に○をつけてください ⇒ありの場合 講師名 []		
料金設定(1人当たり)	資料代 700円 + 運営経費 [円] = 合計[円]		
主な対象者			

- ・ 枠の中, 全てをご記入ください。
- ・ 運営経費に関しては主催者の判断で会場費・人件費等を設定していただけますが、営利目的の徴収はご遠慮ください。