字幕付き16ミリフィルム使用申込書

ふりがな		利用登録番号
団体名		【　　】 *お持ちの方のみ記入下さい。登録されていない方には登録用紙を同封しますので記入のうえあわせてお送りください。
ふりがな		
代表者氏名	印	

希望フィルム	**番号**	**タイトル**
第一希望		
第二希望		

上映日	年　月　日（　）　＊上映日の翌日には返送してください。	
上映会場	〒 TEL（　　）FAX（　　）	
映写担当者氏名		**16ミリ映写機操作講習修了証番号** 発行地 （　　）　－
フィルム送付先	〒 TEL（　　）FAX（　　）	
申込団体連絡先	＊利用登録をお済みの方は記入の必要はありません。 利用登録がお済みでない方のみご記入ください。 〒 TEL（　　）FAX（　　）	

上記のとおり字幕付き16ミリ映画フィルムの使用を申し込みます。

社会福祉法人聴力障害者情報文化センター　御中

平成　　年　　月　　日

◆センター記入欄　　＊記入しないでください

受付番号		**受付日**		**発送日**		**返却日**		**備考**	