

大分市ロケーションオフィス依頼申込書

(*) 印は必須となっております。必ずご記入ください

申込日：平成 年 月 日

申請者	*会社名		*代表者	
	*住所	〒		
	*電話番号		*FAX	
	現場責任者		連絡先 (携帯電話等)	
	*担当者		*連絡先 (携帯電話等)	

作品概要	*作品名			
	*作品種別	<input type="checkbox"/> 映画 <input type="checkbox"/> テレビ番組 <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> その他 ()		
	公開(放映)時期	年 月 日	予定・決定	

* 支援依頼内容	(具体的にご記入ください)		
----------	---------------	--	--

撮影の概要	撮影日程	年 月 日 ~ 年 月 日のうち 日間	予定・決定
	ロケハン日程	年 月 日 ~ 年 月 日のうち 日間	予定・決定
	ロケ隊の人数	スタッフ (人) キャスト (人) その他 (人) 合計 (人)	
	エキストラの要	<input type="checkbox"/> 有 (人) <input type="checkbox"/> 無	
	*保険加入状況	<input type="checkbox"/> 有 ... <input type="checkbox"/> 第三者賠償 <input type="checkbox"/> スタッフ・キャスト <input type="checkbox"/> 機材 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無	

添付資料	<input type="checkbox"/> 企画書 <input type="checkbox"/> 台本 <input type="checkbox"/> 絵コンテ <input type="checkbox"/> その他資料
------	---