|  |
| --- |
| **映画オレンジランプ上映会開催申込書** |
|  | 令和　７年　　　　月　　　　日 |
| 実施団体 | 団体名※ | 　 |
| 責任者 | 　氏　名　住　所　出雲市 |
| 電話番号 | 　 |
| e-mail | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠　　　 |
| 日時 | 上映日時※ | 令和　 　7年　 ９ 月　 　 日（ 　 曜日）　　　　　時　　　　　～　　　　時　　 |
| 貸出予定日時 | 令和　 　７年　 月　 　 日（ 　 曜日）　　　　　時　 |
| 返却予定日時 | 令和　 　７年　 月　 　 日（ 　 曜日）　　　　　時　 |
| イベント名※ |  |
| 開催場所 | 会場名※ | 　 |
| 会場住所※ | 　出雲市 |
| 予定人数※ | 　　　　　　　　　　　人 |
| ブルーレイ・ＤＶＤ | 希望されるものに○をつけてください　　・ブルーレイ　　　・ＤＶＤ |
| 上映会実施予定の公表※ | 希望されるものに○をつけてください　　・可　　　　　　　・否可の場合上映会の情報を県のホームページ等で公表される事があります。 |
|  連絡事項 |  |
| * 記載された個人情報は、この事業の実施以外の目的には使用しません。
* 貸出の決定については、上記記載の責任者様の連絡先にお知らせします。
* ※の項目は島根県に報告します。
* 裏面の注意事項をご確認ください。
 |
| 【提出先】　※７月１８日（金）までにメール・郵送・FAX・持参にて提出してください。〒６９３－８５３０　　出雲市今市町７０　出雲市役所医療介護連携課　介護予防係　　担当　石飛・川村電話：０８５３－２１－６１０６　　　ＦＡＸ：０８５３－２１－６７４９メール：iryou@city.izumo.shimane.jp |

|  |
| --- |
| **映画オレンジランプ上映会開催（注意事項）**以下をご確認のうえ申し込みください。□ DVD等に記録されたデータのコピーは行わないでください。□ DVDを紛失することがないよう、適切に管理してください。□ 上映会来場者から、鑑賞料金の徴収は行わないでください。□ 会場費用等別途費用が発生する場合は団体で負担してください。□ 投影に必要な機材は団体で準備をしてください。□ 上映についての参加者募集への周知は各団体でお願いします。□ 参加者募集についてポスターを利用する事ができますので、ご使用になる場合には、市役所医療介護連携課に相談ください。□ 同日時に複数の団体からの上映希望があった場合には、貸出ができない場合があります。□ 上映後は速やかに返却をお願いします。 |
|  |
|  |
| ※申込書は、７月１８日（金）までにメール・郵送・FAX・持参にて提出してください。 |
| 　　　 〒６９３－８５３０　　出雲市今市町７０ |
| 　　　　　　　出雲市医療介護連携課　介護予防係　担当石飛・川村 |
| 　　　　　　　電話：０８５３－２１－６１０６　　　ＦＡＸ：０８５３－２１－６７４９ |
| 　　　　　　　メール：iryou@city.izumo.shimane.jp |