様式第１号-2

ふれ愛シネマ事業利用申請書

令和　　年　　月　　日

西条市社会福祉協議会長　殿

申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | 　　　　（　　　） |

次のとおりふれ愛シネマ事業の利用を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 実施日 | 　令和　　　年　　　月　　　日（　　曜） |
| 開始時間 | 　午前・午後　　　　　時　　　分より |
| 実施場所 | 住　所 |  |
| 施設名 |  |
| 電　話 |  |
| 行事名 |  |
| 対象者 | □児童　　□一般　　□高齢者　　□その他（　　　　　　　　　） |
| 予定人数 | 　　　　　　　　人 |
| 上映希望タイトル（１作品のみチェックを入れてください） |  | □　パンダコパンダ□　あらいぐまラスカル□　アルプスの少女ハイジ□　アルプスの少女ハイジ(長編)□　赤毛のアン□　ドラえもん　のび太の恐竜□　ドラえもん　のび太の宇宙開拓史□　ドラえもん　のび太の大魔境□　ドラゴンボール　神龍の伝説□　風の谷のナウシカ□　天空の城ラピュタ | □　となりのトトロ□　魔女の宅急便□　それいけ！アンパンマン　キラキラ星の涙□　それいけ！アンパンマン　ばいきんまんの逆襲□　それいけ！アンパンマン　　とべ！とべ！ちびごん□　Ｅ．Ｔ |  |