

『長いお別れ』申し込み

FAX 送信日 年 月 日 ()

■お申込み者ご本人

(フリガナ) お名前	お電話番号 * 携帯・固定いずれでも可	参加希望回に丸印を つけて下さい	
(.....)	()	10:30	
		14:00	

* ご家族・ご友人の分も申し込まれる際は下記にご記入下さい。

(フリガナ) お名前	お電話番号 * 携帯・固定いずれでも可	参加希望回に丸印を つけて下さい	
(.....)	()	10:30	
		14:00	
(.....)	()	10:30	
		14:00	
(.....)	()	10:30	
		14:00	

FAX番号:079-281-7980

【ご注意！】裏表を間違えないようお送り下さい。

- ◎新型コロナウイルス感染拡大防止のため参加者の特定が必要です。また、上映会を中止・延期する際はお電話にてご連絡させていただきますので、全ての項目に漏れなくご記入下さい。
- ◎お申込みの追加、取り消し、参加回の変更等がある場合は上映会当日までに必ず電話・FAXにてご連絡下さい。
- ◎いただいた個人情報[※]は上映会から14日間保管した上、廃棄致します。
- ◎ご不明の点は、Tel. 079-298-9447(姫路地区骨髄バンク推進センター)または079-281-8007(姫路シネマクラブ)まで。