



DVD ユマニチュード® - 優しさを伝えるケア技術 上映申請書

不特定多数の方を対象とした上映会等の開催は、許諾制とさせていただきます。

不特定多数の方を対象に、本DVDの映像をご覧いただく内容を含むセミナー・勉強会・上映会等を実施される場合、概要をお知らせください。内容を確認させていただき、承認番号をお知らせいたします。

※上映許諾シリアル No.付DVDをご購入いただいた組織・団体様に所属する方々を対象とする場合は、ご連絡は不要です。

FAX

下記太枠内に記入し FAX で送信
053-415-9990

※この用紙はおお客様の控えになります。大切に保管してください。

MAIL

下記太枠内の内容をメールで送信
shop@exwzd.com

内容を確認し、承認について連絡差し上げます

※お申込みから2営業日以内に当社から連絡が無い場合は、何らかのトラブルで申請書が届いていない可能性がございます。お手数ですがお問い合わせ先までご連絡くださいますようお願いいたします。

上映許諾付 DVD について

- ◇ 購入された組織・団体様内での利用ができます。
- ◇ 上映会は、許諾制です。上映会の開催には、その都度上映申請書をご提出ください。
- ◇ 本DVDの上映は非営利目的の場合に限定されています。
- ◇ 本DVDの権利は、譲渡・転売することはできません。

※印は必須項目です 申請日 年 月 日

| | | |
|--------------------------|--------------------------------|--|
| ※ 主催者名 | ※代表者: _____ 様 ※ご担当: _____ 様 | |
| | 協賛・共催・後援等がある場合はご記入ください。 | |
| ※ 主催者所在地 | 〒 _____ | |
| ※ 電話 | (_____) _____ - _____ | FAX (_____) _____ - _____ |
| メール (PC・スマホのみ) | _____ | |
| 上映会について | ※ 開催予定日 | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| | ※ イベント名 | _____ |
| | 開催場所名 | _____ |
| | 開催場所住所 | 〒 _____ |
| | イベント実施予定時間 | 開始 _____ : _____ ~ 終了 _____ : _____ うち上映予定時間 (_____) |
| | 参加人数見込み | <input type="checkbox"/> ~50名 <input type="checkbox"/> 51~100名 <input type="checkbox"/> 101~300名 <input type="checkbox"/> 300名以上 <input type="checkbox"/> 未定 |
| | ※ 参加費の有無 | 無 ・ 有 (_____ 円) 実費程度の場合のみ可 |
| | ※ 製薬会社支援の有無 | 無 ・ 有 |
| 備考 | _____ | |

承認 ・ 非承認

承認番号: _____

| | |
|--------------|--|
| 弊社記入欄 | |
|--------------|--|

「個人情報の取り扱い」について
 当社は、お客様の個人情報を当社からお客様へ問い合わせ及びお客様からの問い合わせに対する対応等の連絡および、当社が提供する商品・サービスのご案内ならびに通信販売に関する商品発送、役務提供に利用させていただき、それ以外の目的では使用しません。お客様ご自身の個人情報に関する開示、訂正を希望される場合には、ご本人もしくはご本人が認めた代理人（ご家族、成年後見人等）であることを確認した上で、合理的な範囲で速やかに対応いたします。また、法令で開示が求められた場合を除き、ご本人の同意なく無断で第三者に提供することはありません。