

大垣フィルムコミッション 撮影協力依頼用紙

■申請者様情報

御社名			
代表者名			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
担当者名		担当者携帯番号	
メールアドレス			
現場責任者名			

■作品情報

作品名						
作品分類						
作品概要						
放送局、配給会社等						
放映・公開予定日	年		月		日	
撮影概要	ロケハン日程	年	月	日	～	年 月 日
	撮影日程	年	月	日	～	年 月 日
	ロケ隊人数	スタッフ	人	/	キャスト	人 / その他 人
	車輦数	ロケバス	台	/	乗用車	台 / トラック 台
		1BOX	台	/	その他	台
	エキストラ要望	<input type="radio"/> 有 () 人 <input type="radio"/> 無				
撮影保険加入	<input type="radio"/> 有 (保険会社名:) <input type="radio"/> 無					
希望支援内容 (撮影希望場所、撮影内容なども含め具体的にご記入ください)						

※「撮影同意書」をご確認、記入の上、本書と合わせ郵送またはFAXにてご返送ください。