

可児フィルムコミッション あて

岐阜県可児市広見一丁目1番地(可児市観光交流課内)

FAX:0574-50-7056

e-mail: mituhide@kani.or.jp

申込日 年 月 日

可児フィルムコミッション ロケ支援依頼申込書

タイトル名			
撮影種類	<input type="checkbox"/> 映画 (劇場公開用・ビデオシネマ・コンテスト出品・その他) <input type="checkbox"/> TV (ドラマ) <input type="checkbox"/> TV (ドラマ以外) <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> その他 ()		
公開予定	年 月 日	配給会社、放送局等	
作品内容			
撮影予定日	時期	年 月 日 ~ 年 月 日 のうち 日間 予定 or 確定	
希望する 支援内容	<input type="checkbox"/> ロケ地選定、紹介 <input type="checkbox"/> ロケハン同行 <input type="checkbox"/> ロケ地の使用交渉		
	<input type="checkbox"/> 撮影に係る許認可手続き <input type="checkbox"/> 備品等手配の協力 <input type="checkbox"/> ケータリング手配の協力		
	<input type="checkbox"/> 公開にかかるPR <input type="checkbox"/> 公開にかかるイベント		
	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に)		
希望ロケ地			
ロケハン 希望日	時期	年 月 日 ~ 年 月 日 のうち 日間	
制作担当者	お名前		社名・役職名
	TEL		FAX
	携帯		E-MAIL
※当該欄に記載された担当者様が本申込に関する連絡先となります。			
現場対応 連絡先	お名前		社名・役職名
	TEL		FAX
	携 帯		E-MAIL
宿泊先紹介		スタッフ 名・出演者 名 / 月 日 ~ 月 日 (泊)	
・希望する	人数/期間	スタッフ 名・出演者 名 / 月 日 ~ 月 日 (泊)	
・希望しない		スタッフ 名・出演者 名 / 月 日 ~ 月 日 (泊)	
安全対策	保険加入	種類	
	有・無	会社名	

確認事項

可児フィルムコミッションのクレジットを掲載いただけますか。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
協力施設から希望があった場合、クレジットを掲載していただけますか。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ロケ風景の写真(出演者無し)・撮影状況・放送予定日・出演者情報などを、可児フィルムコミッションのウェブサイト等で広報することについて同意いただけますか。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 後日相談
ロケ風景の写真(出演者有り)・撮影状況・放送予定日・出演者情報などを、可児フィルムコミッションのウェブサイト等で広報することについて同意いただけますか。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 後日相談
作品ポスター、パンフレット等をご提供いただけますか。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 後日相談
完成品（完全版コピー）をいただけますか。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 後日相談
別紙「撮影に関する誓約書」を遵守していただけますか。
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

○作品・番組の概要がわかる企画書等の資料(写し可)を添付して、FAXまたは郵便にて送付してください。

○記入欄が不足する場合は適宜別紙を添えてください。

○申込内容により全てのご要望に添えない場合があることを予めご了承ください。

○本申込受理後、可児フィルムコミッションより、制作担当者様にご連絡いたします。