

生活支援型文化施設コンカリーニョ利用申込書

年	月	日
---	---	---

特定非営利活動法人コンカリーニョ 様

生活支援型文化施設コンカリーニョ利用規定を了承の上、下記の通り利用したく申し込み致します。

主催者	利用団体名		
	運営責任者	印	申込者
	住所	〒	
	電話	携帯電話	
	FAX	メール	
利用日時(*1)	年 月 日 () から	<input type="checkbox"/> 全日利用 (10:00~22:00)	
	年 月 日 () まで	<input type="checkbox"/> 区分利用 (午前・午後・夜間)	
開催内容(*2)	タイトル		
	内容	<input type="checkbox"/> 演劇 <input type="checkbox"/> ダンス <input type="checkbox"/> 音楽 <input type="checkbox"/> お笑い <input type="checkbox"/> 町づくり <input type="checkbox"/> 格闘技 <input type="checkbox"/> 講演会 <input type="checkbox"/> その他	
	入場料金	<input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料	前売 円 当日 円
利用備品(*2)			
持込物品(*2)			
備考			

- *1 ご利用時間には設営、リハーサル、撤去等すべての時間を含みます。
- *2 わかる範囲でご記入ください。詳細は、後日打ち合わせにてご確認させて頂きます。
- * 申込書提出後にお客様の都合で申込を取り消される場合は、所定のキャンセル料を申し受けます。

劇場スタッフ記入欄

税抜利用料金	¥	入金確認欄	予約金	¥	月	年	日	確認印
内訳	会場利用 ¥		残金	¥	月	年	日	確認印
利用種別	<input type="checkbox"/> 通常利用 <input type="checkbox"/> 区分利用 <input type="checkbox"/> スキマ割 <input type="checkbox"/> バーゲンプライス <input type="checkbox"/> その他 ()							

上記内容について劇場の使用を承認致します。

年 月 日
 特定非営利活動法人コンカリーニョ 印
 札幌市西区八軒1条西1丁目2-10
 TEL 011-615-4859 FAX 011-615-4866