

送信先 FAX番号 028-643-1019 メールアドレス riyou@tmf.or.jp (本書式を添付してください。)	受付番号	※センター使用欄 抽選番号	第1希望 第2希望
-------------------------------------------------------------------------	------	------------------	------------------

**最後の項目まで、太枠内を正しく記入してください。
別紙「利用のご案内」を必ずお読みください。**

栃木県総合文化センター令和 年 月分 施設予約抽選会参加申込書

提出年月日	前月の2日～25日(17:00必着)の間にご提出ください。 年 月 日	
ふりがな 団体名		
ふりがな 記入者名	電話番号 (確認のためお電話をいたします。抽選会までにご連絡が取れない場合は申込みが無効になる場合があります。)	

同意事項	抽選の過程、結果を栃木県総合文化センターにすべて一任します。異存はありません。 署名：
------	------------------------------------------------

催し物名称	
-------	--

希望日、施設、時間等						
<ul style="list-style-type: none"> 必ず別紙「栃木県総合文化センター受付抽選会参加申込書用 利用のご案内」をご確認のうえご記入ください。 上記催し物に必要な日程と施設をすべて記入してください。複数施設の場合はすべてについてご記入ください。 利用時間枠には、準備や片付けの時間も含まれます。 準備や片付けのための早開けや延長が必要な場合は必ず記入してください。 						
	利用年月日	利用施設	利用時間区分	利用内容	催し物の開始・ 終了時間	入場予定 人員
第1希望						
第2希望						
【コメント】 抽選の上位者が、希望された日程の一部を利用することが決定した場合に、上記の範囲内で日程や施設や時間区分を減らしても良い場合は、どのようにするか具体的にご記入ください。						

入場方法 入場料金	入場方法について、該当する□に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 整理券 <input type="checkbox"/> 会員制 <input type="checkbox"/> 関係者 <input type="checkbox"/> 招待 <input type="checkbox"/> その他 (有料の場合。券種と金額をご記入ください)
	<input type="checkbox"/> 未定

減免・割引	該当する□に☑を入れてください。(1)と(2)、(3)は届出書が必要ですので、抽選会までに問い合わせのうえ必ず提出してください。 <input type="checkbox"/> (1) 県内に主たる事務所を有するNPO法人の利用 <input type="checkbox"/> (2) 「県民の日」実行委員会及び栃木県主催の「県民の日」関連利用 <input type="checkbox"/> (3) アーティストバンク登録者の初めてのホール公演またはギャラリー作品展の利用 <input type="checkbox"/> (4) メインホールの1階席利用割引(平日) <input type="checkbox"/> (5) リハーサル室・練習室のホール本番のリハーサル割引
	<input type="checkbox"/> 適用なし

備品 (ホール・ギャラリーは記入不要)	該当する□に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 利用予定あり(ご記入ください。) <input type="checkbox"/> 前納 <input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 利用予定なし
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

申請者	〒 住所 ふりがな (職)氏名 電話 F A X
会場責任者 (申請者と異なる場合はご記入ください) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 住所 ふりがな (職)氏名 電話 F A X
利用許可書・請求書の送付先 (申請者と異なる場合はご記入ください)	〒 住所 氏名
お支払い方法	該当する□に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 窓口現金払い <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> セブンイレブン <input type="checkbox"/> ローソン <input type="checkbox"/> ファミリーマート <input type="checkbox"/> ミニストップ <input type="checkbox"/> デイリーヤマザキ <input type="checkbox"/> セイコーマート <input type="checkbox"/> ペイジー

問い合わせ時の情報提供	該当する□に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 条件付(情報解禁日の設定や専用電話番号等がある場合は記入してください)
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※センター使用欄

抽選会	係	受付