

撮影相談シート

会社名・代表者名	
住所	
担当者名	
電話（携帯）	— — （ — — ）
F A X	— — （ — — ）
Eメール	

作品名	
映像の種類	<input type="checkbox"/> 映画 <input type="checkbox"/> テレビドラマ <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> その他（ ）
放送・公開予定	<small>（予定年月日・放送テレビ局・配給会社など）</small>

希望する撮影地・ 撮影条件など	
撮影希望日時	
撮影人員	スタッフ_____名、俳優_____名、その他（エキストラなど）_____名
車両数	_____台（内訳_____）
損害保険等の加入	<input type="checkbox"/> 加入（内容_____） <input type="checkbox"/> 未加入
その他特記事項	

