

SICAF IN LOCAL 신청서

SICAF IN LOCAL APPLICATION FORM

접수번호 Application No.	SICAF 기입	접수일자 Application Date	SICAF 기입
-------------------------	----------	--------------------------	----------

국적 및 신청기관 (단체)명 Nationality and Name of the Organization			
주 소 Address			
연 락 처 Contacts			
담 당 자 Person-in-charge	성명 Name		
	휴대폰 번호 Phone No.		
	이메일 E-mail		
희망상영일자 Desired Screening Date	_____ month _____ day , 2016		
상영장소 Screening venue	강당 Auditorium <input type="checkbox"/> 학교강의실 lecture room <input type="checkbox"/> 마을회관 Town hall <input type="checkbox"/> 홍보문화원 Public council <input type="checkbox"/> 그 외 Others <input type="checkbox"/> 해당사항에 √체크해주시요. Please check (√) one option only.		
관람예상인원	_____ 명 person		

Estimated number of audience	
기타사항 Others	

상기와 같이 “2016 SICAF IN LOCAL 찾아가는 영화제” 상영을 신청합니다.
I hereby declare that the above information to be true and correct and thus to apply 2016 SICAF IN LOCAL – Go in the Quest of Film Festival.

2016년 월 일
month day , 2016

신청인(기관·단체) : (인)
Name (person-in charge | organization) : (Signature over name)

※ 상영일정 및 상영시간은 협의가 가능하며 변동될 수 있습니다.

Screening schedule may be changed upon agreement.

(담당자 : 이원선 / E-mail : dhahd12@gmail.com/ ☎. 02-3455-8441~2)

SICAF person-in-charge : Lee, Won-sun | Email : dhahd12@gmail.com | Tel : +82-2-3455-8441~2.