

(様式 1)

ダビングサービス利用申込書

年 月 日

大町市長 殿

住 所

氏 名

印

電話番号

下記のとおりダビングサービスを利用したいので申込みます。

記

番 組 名	
放 送 日 時	
映像記録媒体	<input type="checkbox"/> DVD-R 枚 <input type="checkbox"/> Blu-ray (BD-R) 枚
受け取り方法	<input type="checkbox"/> 来 所 <input type="checkbox"/> 郵 送 * 郵送の場合は郵送料受取人着払いとなります。
その他必要事項	

【大町市ケーブルテレビ記入欄】

受 付	ダビング料金	作 業	連 絡	受渡日等
月 日	円	月 日	月 日	月 日