**レッドノーズ・スマイル・スタンド　ガチャガチャ募金　計画書＆申込フォーム**

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日時 | 年　　　月　　　日（　　）～　　月　　　日（　　）　　日間 |
| 開催場所 |  |
| イベント名 | （例　○○学園祭、など） |
| 募金主催者 | 団体名 |  |
| 代表者名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 会場責任者 | 名前 |  |
| メールアドレス |  |
| 電話番号 |  |
| 来客見込み数 | 約　　　　人 |
| 参加スタッフ | 約　　　　人 |
| ガチャカプセルセット（最低10個は買い取り） | 　　　　個　　（500円×　　　個＝　　　　　円相当を委託。） |
| 送付先 | 住所 | 〒 |
| 宛先 |  |
| 電話番号 | TEL： |
| **受取希望日時**ヤマト運輸にて大阪からの発送 | 　　　　年　　　月　　　日（　　）【時間】・□指定なし・□午前中・□14時～16時・□16時～18時　・□18時～20時・□19時～21時【その他】・□直接事務所に取りに来る。 |
| **必要な許可確認事項** | * 未成年の方は、大人の許可
* 募金活動実施についての許可（イベント主催者や使用会場に確認）
 |
| **日本クリニクラウン協会での掲載** | □事前告知を掲載を希望する　　　□事前告知を掲載を希望しない□開催レポートを掲載を希望する　□開催レポートを掲載を希望しない |
| 発送予定日（返却） | 　　　年　　　月　　　日（）※イベント終了後は、速やかに返却頂きますようお願いします |
| 伝えたい事があればご記入ください。（わからないこと・疑問点・開催の意気込みなんでもOK） |  |

**記入日　　年　　月　　日**