

くじを引く順番	申請する順番

No. _____
 ※職員記入欄

よこすか芸術劇場 YOKOSUKA ARTS THEATRE

受付開始日専用施設使用計画書

年 月 日受付

公演名					予定入場人数					
					人/回					
入場方法					ジャンル					
<input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 有料 (<input type="checkbox"/> 3,000円以下 ・ 3,001円以上) <input type="checkbox"/> 関係者のみ										
使用日時	第一希望	大劇場	全日	午前	午後	夜間	仕込	リハ	本番	
		小劇場	全日	午前	午後	夜間	仕込	リハ	本番 控室	
		大リハ室		時	～	時	単独使用	楽屋使用(控室)		
		小リハ室		時	～	時	単独使用	楽屋使用(控室)		
	第二希望	大劇場	全日	午前	午後	夜間	仕込	リハ	本番	
		小劇場	全日	午前	午後	夜間	仕込	リハ	本番 控室	
		大リハ室		時	～	時	単独使用	楽屋使用(控室)		
		小リハ室		時	～	時	単独使用	楽屋使用(控室)		
	第三希望	大劇場	全日	午前	午後	夜間	仕込	リハ	本番	
		小劇場	全日	午前	午後	夜間	仕込	リハ	本番 控室	
		大リハ室		時	～	時	単独使用	楽屋使用(控室)		
		小リハ室		時	～	時	単独使用	楽屋使用(控室)		
公演時間	開場	:	:	開場			:	:		
	開演	:	:	開演			:	:		
	休憩	:	～	:	:	～	:			
	終演	:	:	終演			:	:		
入場料金	SS席	円	S席	円	A席	円	B席	円		
	C席	円	D席	円	立ち見	円				
	全席指定		円	全席自由		円				
	※但し、(未就学児 ・ 才未満)の入場は不可									
情報公開日	<input type="checkbox"/> 無 (情報公開しない) <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日より)									
チケット	劇場でのチケット販売代行(有料)					<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (代行販売依頼書のご記入をお願いします)				
	チケット 発売日					年 月 (日 ・ 上旬 ・ 下旬)				
申請者	団体名				TEL					
	担当者				()					
	住所 〒 -				FAX					
※領収書名義	E-mail				()					
使用責任者	団体名				TEL					
	担当者				()					
	住所 〒 -				FAX					
	E-mail									
抽選結果	氏名									
連絡先	TEL	()								
備考欄	※特記事項のある方はご記入ください									

※横須賀市暴力団排除条例施行に伴い、暴力団の活動の利益になると認められる場合には施設を使用することができません。

また、使用許可後に暴力団の活動の利益になると認められる場合には、使用許可を取り消します。

公益財団法人横須賀芸術文化財団 貸館担当 TEL 046-828-1611
 FAX 046-828-1621

施設申込同意書

以下の注意事項を確認し、「同意する」にチェックと、ご署名・ご捺印をお願い致します。
同意いただけない場合はお申込みいただけませんのでご了承ください。

- 希望申込日が重複した場合は、希望者全員による抽選をします。
抽選は劇場職員による代行抽選とし、下記の通りに行います。
 - ①抽選順は使用計画書の提出順とします。受理した日時が早い順に抽選番号を付番します。
 - ②くじによる代行抽選を職員が公平に行います。
 - ③抽選結果は希望者全員にお電話にてお知らせいたします。
お電話に出ていただけない場合、希望日程がお取りできない場合がございます。
- 一つの催物（複数の団体が共同で行う催物も同じ）について、お申込みできるのは1名様のみです。
複数名で抽選にお申込みされた場合、お申込みは無効となります。
- 受付開始日専用施設使用計画書および施設申込同意書が提出された時点で
使用申請の意思があるとみなしますので、受付開始日以降に取消しの申し出があった場合、
劇場使用料の30%を納付していただきます。
- 申し込みの取消しを希望する場合、受付開始日の前日までにご連絡いただければ劇場使用料の
納付は不要です。
- 当劇場ホームページの「新型コロナウイルス感染症防止対策と施設利用者の皆さまへのお願い」
の内容をご理解いただいた上でお申込みください。



施設利用者の皆さまへの
お願いはこちら

上記内容に同意します

記入日 年 月 日

署名・捺印