

STUDIO SAND 【使用決定確認書】

この度はスタジオサンドをご予約頂きありがとうございます。ご予約内容確認のため、当社ホームページ記載の利用規約をお読み頂いた上、下記にご記入、ご送付下さい。

貴社名		
ご担当者名	様	
	TEL	MOBILE
	E-MAIL	
カメラマンご氏名	様	様

撮影使用日	月	日	()	(:	~	:)
-------	---	---	-----	---	---	---	---	---

※確認書ご返送後の予約時間の変更は受付できません。

- ・ご予約は最低4時間から、30分単位で承ります。ご利用可能時間は8時-20時です。
- ・全棟でのご予約でない場合、他のフロアにご予約が入る可能性がありますのでご了承下さい。
- ・ご予約時間より早く終了された場合でもご予約時間分の料金が発生します。ご予約状況によっては当日の延長ができない場合がございます。事前にスタッフへご確認下さい。

ご利用フロア	<input type="checkbox"/> 全棟 <input type="checkbox"/> 1F <input type="checkbox"/> 2F <input type="checkbox"/> 3,4F	
	<input type="checkbox"/> 1,2F <input type="checkbox"/> 1,3,4F <input type="checkbox"/> 2,3,4F	<input type="checkbox"/> B1F ホワイトルーム (ハリウッドミラー付きメイクルーム併設)
	※ご予約確定後のフロア変更は受け付けておりませんのでご了承ください。 ※B1Fのメイクルームは別料金でご案内しております。(全棟の場合は無料でお使いいただけます。) ご希望がございましたら簡易的メイクルームをお作りすることも可能です。	

撮影内容・媒体	<input type="checkbox"/> スチール	撮影内容 (できるだけ詳しくご記入ください)
	<input type="checkbox"/> ムービー	
	<input type="checkbox"/> その他	

ご利用人数 /	人	駐車場無し 近隣のコインパーキングマップを用意しています。
---------	---	-------------------------------

お荷物の事前搬入出	<input type="checkbox"/> あり	内容・搬入方法 (事前搬入や配送は受け取れない場合もございます。必ずお早めにご相談下さい)
	<input type="checkbox"/> なし	

ご請求先会社名		
	ご住所 〒	
	TEL	FAX
ご担当者名	様	
お支払日 (振込)	<input type="checkbox"/> 初回ご利用の方 (ご利用日から2週間以内)	
	<input type="checkbox"/> 過去にお取引のある方 (ご利用日から60日以内)	
	<input type="checkbox"/> その他 (ご記入下さい) ()	

利用規約に基づき撮影を行います。規約が守られない場合は撮影を中止致します。

ご署名

スタジオサンド

〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-2-4

お問い合わせ：03-6421-6233(スタジオロダン)

MAIL : sand@studio-rodan.com

ご返信はメールにてお願い致します

