

様式第2号

ダビングサービス申請書

年 月 日

西会津町長

住 所
氏 名 印
電話番号
(加入者・非加入者)

西会津町ケーブルテレビ施設の役務提供に関する要綱第3条により、下記のとおり申請
します。

記

1. 使用目的

2. 区分及び内容

・ダビング

- ① 放送日 年 月 日
② 番組名
③ 放送時間 分
④ 希望商品・本数 VHS 本
DVD 本
⑤ 納品日時 年 月 日 午前・午後 時