

取材申込書

申込日 令和 年 月 日

取材者	フリガナ		フリガナ	
	会社名 (部署名) ()		担当者名	
	住所 〒		TEL	
			FAX	
E-mail		取材人数 名		
取材希望日時	第1希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
	第2希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
媒体	種別	<input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	番組名・コーナー名			
放送・発行日等	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分			
取材対象者	内諾の有無 (有 ・ 無)			
取材の目的・ 範囲				
備考 (特に取材したい 場所・内容等)				

注意事項

- ・企画書など概要がわかるものがあれば提出をお願いします。
- ・「取材規約書」の内容を御確認の上、併せて御提出下さい。
- ・御回答までに1週間程度かかりますので御了承下さい。

申込先

FAXでお申し込み下さい。

国立病院機構熊本再春医療センター 管理課

FAX 096-242-2619

