

取 材 申 込 書

平成 年 月 日

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 様

次のとおり取材を申し込みます。

申 込 者	フリガナ	フリガナ
	会社名 (部署名)	氏 名 (職種名)
	住 所 〒	TEL・携帯電話
		FAX
E-mail		
取 材 代 表 者	フリガナ	
	氏 名 (職種名)	
取 材 従 事 者 数	合 計 名	
取 材 希 望 日 時	第1希望 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
	第2希望 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
媒 体	種 類 <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 ()	
	名 称 (番組名・誌名等)	
放 送 予 定 日 時 / 発 行 予 定 日	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
取 材 対 象 者	内諾の有無 (有・無)	
取 材 方 法	<input type="checkbox"/> 対面取材 (<input type="checkbox"/> テレビカメラ撮影 <input type="checkbox"/> 写真撮影 <input type="checkbox"/> 音声録音) <input type="checkbox"/> 電話取材	
取 材 内 容	※具体的にご記入ください	

企業長	病院長	統括調整監	所属局長	所属局長	事務局長	課長	課長補佐	担 当
取材場所								

※ 必要事項を記載し、事務局に提出又はFAX (088-837-6766) でお送りください。

※ 業務の都合上、日程等ご希望に添えない場合もありますことをあらかじめご了承下さい。

お問い合わせ先：事務局経営企画課 (088-837-6736)