取　材　申　込　書

令和　　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ | フリガナ |  |
| 会 社 名 | 氏　　名 |  |
| 申 込 者 | （部署名 ） | （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 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分　～　　　時　　分第２希望 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 媒 体 | 種類 □テレビ　□ラジオ　□新聞　□雑誌　□その他（　　　　　　　） |
| 名　　称（番組名・誌名等） |
| 放送予定日時／発行予定日 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 取 材 対 象 者 | 内諾の有無（ 有 ・ 無 ） |
| 取 材 方 法 | □対面取材（□テレビカメラ撮影　□写真撮影　□音声録音）　□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 | 事務局次長 | 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）