

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 御中
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		氏 名	
	部 署 名		職 種 名	
	住 所	〒	T E L	
			F A X	
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	<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	<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	統括調整官	広報委員長	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、事務局にご提出、または 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ください。
お問合せ先：事務局 経営企画課 (088-837-6736)