

取材申込書

太枠のみご記入ください

申込日	西暦 年 月 日
貴社名	
ご担当者様	
ご連絡先	E-mail
	電話番号
取材希望日時	西暦 年 月 日 ()
	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
取材対象	<input type="checkbox"/> 腎愛会 <input type="checkbox"/> 上山病院 <input type="checkbox"/> ビューティー・コア・サポート.
取材対象者	
対象者への報酬(謝金)の有無	有 ・ 無 (いずれかに○を付してください。)
取材の目的・内容	
取材形式	<input type="checkbox"/> インタビュー <input type="checkbox"/> テレビカメラによる撮影 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 原稿執筆依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()
取材を行う場所	<input type="checkbox"/> 場所() <input type="checkbox"/> オンライン()
放送予定日または掲載予定日	西暦 年 月 日 ()
番組名または媒体名等 <small>WEBの場合はURLもご記入ください。</small>	

★取材希望日時の10日前までに、本「取材申込書」を以下の連絡先へメール添付もしくはFAXにてご提出ください。なお、取材の際は、患者プライバシーの保護や個人情報の保護について厳守願います。外来や病棟での撮影は、原則お断りしていますのでご了承ください。 ※メールアドレスの●を@に変えてお送りください。

担当：医療法人腎愛会 総務課
 E-mail：pln●jin-ai-kai.or.jp FAX：099-259-8469
 お問い合わせ TEL：099-259-8811

※以下、病院使用欄につき記入しないでください。

対応予定者	備考
-------	----

受付日：西暦 年 月 日
 (来院・TEL・メール)

院長	本部長	事務長	受付