

取材申込書

申込日 平成 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	
		E-mail	FAX	
		取材人数 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	種別	<input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> その他()		
	番組名 ・コーナー名			
放送・発行日等	平成 年 月 日		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

- ・企画など概要がわかるものがあれば提出願います。
- ・「取材規約書」の内容を御確認のうえ、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。

国民健康保険藤沢町民病院事務局

FAX 0191-63-5484