

一般財団法人倉敷成人病センター 病院事務部 広報推進室 宛

FAX: 086-422-4150

E-mail: pr\_fkmc@fkmc.or.jp

一般財団法人倉敷成人病センター 取材申込書

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日付

○本申込書に必要事項を明記の上、FAX またはメール添付によりお申し込みください。

※印は必須記入項目です。

○取材申込後にキャンセルする場合は必ず広報推進室までご連絡ください。

※申込者

|         |        |
|---------|--------|
| 所属・氏名   | TEL    |
|         | FAX    |
| 住所<br>〒 | 携帯電話   |
|         | E-mail |

※取材希望日(複数提示可)

|   |   |      |   |   |   |   |   |
|---|---|------|---|---|---|---|---|
| ① | 月 | 日( ) | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| ② | 月 | 日( ) | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| ③ | 月 | 日( ) | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |

※掲載、放送媒体名(掲載紙名/発行日、番組名/放送時間、掲載 Web サイト/掲載予定日を明記)

|  |
|--|
|  |
|--|

※取材目的、内容(別紙で企画書をお送りいただいても結構です)

|  |
|--|
|  |
|--|

※取材形式、取材場所など

|  |
|--|
|  |
|--|

※取材、掲載内容、放映画像等の使用可否。

(当院 HP、SNS、広報誌(院内外)等に使用させていただくことがあります)

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| 可                      ・                      不可 |
|--------------------------------------------------|

その他、特記事項など

|  |
|--|
|  |
|--|