

一般財団法人倉敷成人病センター 病院事務部 広報推進課 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ご連絡ください。

※申込者

所属・氏名	TEL
	FAX
住所 〒	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

--