湘南藤沢徳洲会病院　マーケティング課　行き　　ＦＡＸ 0466-35-1300

西暦　　　　年　　　月　　　日

湘南藤沢徳洲会病院　院長　殿

**取 材 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 | 　 |
| 部署名 | 　 | 担当者名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| TEL | 　 | FAX | 　 |
| E-MAIL | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 媒体名 | 　（掲載誌名等） |
| 企画内容 | 　 |
| 取材目的 | 　 |
| 取材対象者 | 内諾の有無（ 有 ・ 無 ） |
| 発行・放送予定日 | 　 |
| 当院ホームページや広報誌への転載 | 　可　 ・ 　否 |
| 取材希望日 | （第2希望までお書きください。）第１希望：西暦　　　年　　月　　日　　時　　分～　　時　　分 第２希望：西暦　　　年　　月　　日　　時　　分～　　時　　分 |
| 取材日数 | 　　　　　　　　日間　 | 所要時間 | 　　　　　　時間程度 |
| スタッフ数 | 　　　　　　　　名 | 持込機材等 | 　 |
| 備考 | 　 |