

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			