



取材申込書

年 月 日

武蔵野赤十字病院 院長 殿

会社名			
部署名		部署長名・印	
住所			
TEL		担当者名・印	
E-mail			

<取材対象者>		
<取材目的>		
<媒体名> 新聞・雑誌・テレビ・ラジオ・インターネット・その他()		
<発行・放送予定日(時間は放送のみ記載)> 月 日() 時 分 ~ 時 分		
<掲載記事の転載(〇印を付けてください)> 可 / 否 転載可能な場合: 当院ホームページ / 院内イントラネット / 院内掲示版 / 院内報		
<取材に関する謝礼(〇印を付けてください)> 有 / 無 有の場合: 謝礼金として(¥) * 謝礼金入金日を明記願います: 年 月 日		
<取材希望日>(候補日を複数ご記入ください)	<所要時間>	<訪問スタッフ数>
<その他>		
<病院使用覧>		<メモ>
取材日: 月 日() 時間:		
場所:		対応者:

事務部長	総務課長	企画課長	企画係長	企画課

- * 項目としてあげられているものは必ずご記入下さい。
- * ご回答までに一週間程度かかる場合がございます。ご了承をお願い申し上げます。
- * 企画書等があれば併せてご提出ください。