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 |  | | |