取　材　申　込　書

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　機　関　名（会社名等） |  |
| 取材担当者　所属・氏名・連絡先 | 所　属：　　　　　　　　　　氏　名：ＴＥＬ：　　　　　　　　　　メール： |
| 取　材　希　望　先（診療科、Ｄｒ.名等） |  |
| 取材項目（○○について）概　　要(どういった内容を取材したいのか簡潔に記入してください） | （項　目）（概　要） |
| 取材希望日時(可能な限り複数指定してください） | 1. 令和　　年　　月　　日（　）　　：　　　～約　　分程度
2. 令和　　年　　月　　日（　）　　：　　　～約　　分程度
3. 令和　　年　　月　　日（　）　　：　　　～約　　分程度
 |
| その他の要望事項 |  |
| 掲載・放送予定時期 |  |

* 上記の内容を含んでいれば、任意様式でも結構です。

（病院記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 取材対応の可否等 | 取材対応　可・否　時　間：　　月　日（　）　　　：　　　～　　：　　場　所：対応者： |
| 取材にあたっての留意事項等 |  |

連絡先：大分県立病院　総務経営課　広報担当　TEL：097-546-7712　FAX：097-546-7708