

取材申請書

年 月 日

医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院
病院長 殿

会 社 名 : _____
申請者名 : _____
所 在 地 : _____
連 絡 先 : TEL) _____
Mail) _____

下記の通り申請しますので、許可いただきますようお願いいたします。

企画内容・目的 ※番組・掲載誌の趣旨を具体的に記載 ※企画書がある場合は併せて提出	
取材・撮影内容 ※取材対象・質問事項・撮影箇所等	
放送・掲載日	年 月 日 () 時間 :
希望日程	年 月 日 () ~ 月 日 ()
撮影の有無	有 ・ 無 (具体的な内容 :)
その他	
当院ホームページでの紹介	放送・掲載いただいた旨を当院ホームページで紹介することは可能か 可 ・ 不可

【遵守事項】

※申請は概ね取材の5日前(土日祝・年末年始を除く)までにご提出ください。

※本申請書への記載不備、取材内容の変更又は業務の妨げとなる場合や当院の事情により、承諾後に取材許可の取り消しをさせていただく場合がございます。

※取材・撮影に際し、来院者及び職員のプライバシーに十分配慮ください。

※取材で得られた情報は、当院の許可なく本申請以外の目的での使用をお断りいたします。

※放送・掲載・発刊日程を事前にお知らせください。また、放送データ・掲載誌を下記まで送付ください。

お問い合わせ(平日/8:30~17:00)
手稲溪仁会病院 広報担当
〒006-8555 札幌市手稲区前田1条12丁目1番40号
TEL 011-699-7500
FAX 011-699-7501

病院記載欄

管 掌	委員長	担 当	受 付