

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	
取材形式	<input type="checkbox"/> 対面取材 <input type="checkbox"/> 電話取材 <input type="checkbox"/> WEB取材 <input type="checkbox"/> 文書回答
希望日程	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
撮影の有無	<input type="checkbox"/> 有り (具体的な内容： _____) <input type="checkbox"/> 無し
放送・掲載日	年 月 日 () 時間 _____ :
その他	
イントラネットでの紹介	放送・掲載の旨をイントラネットで紹介することは可能でしょうか (職員のみ閲覧可) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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ご配慮ください。
※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・掲載誌を右記までご送付ください。

お問い合わせ (平日/8:40~17:00)

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 011-681-8111

FAX 011-685-2998

病院記載欄

<input type="checkbox"/> 報道機関 <input type="checkbox"/> その他(専門誌・学校・医療メーカー等)
病院長または経営管理部長 確認 可/不可 (_____) 確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

	確認日
管掌	年 月 日
委員長	年 月 日
事務局	年 月 日
受付	年 月 日