

取材申込書

申し込み日：西暦 年 月 日

取材者	ふりがな	ふりがな
	会社名 (部署名：)	担当者名
	住所 〒 -	電話番号
		FAX
	E-mail	取材人数
取材希望日	第1希望日：西暦 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
	第2希望日：西暦 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
媒体	<input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	番組名・コーナー名	
放映・発行日	西暦 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 ※ <input type="checkbox"/> 未定	
取材対象者	氏名	職種・所属部署
取材目的・内容など	* 企画内容や希望する取材場所などを記入ください。企画書などあれば、本紙とあわせて送付ください。	

以下、ご一読の上お申し込みください。

<ol style="list-style-type: none"> 申し込み内容を確認後、院内で稟議します。取材希望日の概ね10日前までに下記申し込み先まで本紙をご提出ください。 本紙への記載不備、取材内容の変更、その他当院の事情により、取材承諾後に取材許可の取り消しをさせていただく場合があります。 施設内で取材する場合は、職員の指示に従い、患者さんや来院者のプライバシーに配慮し、心理的・身体的に影響を及ぼさないようにしてください。 放映・発行日などは事前にお知らせください。また、放映データ（CR-R・DVD）や掲載誌を聖マリア病院 広報部まで送付ください。紙媒体の場合、可能であれば掲載誌とあわせて紙面をPDFなどのデータでも送付ください。 放映・掲載されたものは、各病院・施設のホームページなどで紹介させていただく場合がございます。ご了承ください。 放映・発行後に生じた問題には、その修正・対応に誠意をもって臨んでください。 上記事項に関係なく、別途判断が必要と思われるものについては、聖マリア病院 広報部までご連絡ください。 	<input type="checkbox"/> 上記の内容に同意の上、取材申し込みいたします。
--	---

申し込み先：社会医療法人社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 企画部広報担当

▼ E-mailでの申し込み

kouhou@st-mary-med.or.jp

▼ FAXでの申し込み

0942-34-3115