

取材申込書

申し込み日：西暦 年 月 日

取材者	会社名 (部署名：)	担当者名 (ふりがな：)	
	住所 〒 -	電話番号	
		ファクス	
	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	内諾の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	取材目的・内容など ※企画内容や希望する取材場所などをご記入ください。企画書などがあれば、本紙とあわせて送付ください。		
留意事項への同意	<input type="checkbox"/> 「取材に関する留意事項」に同意の上、取材申し込みいたします。		

申し込み先

下記アドレスまでメールにて送付ください。

総務企画部 広報室 <kouhou@st-mary-med.or.jp>

取材に関する留意事項

申し込み時の注意点

1. 以下については、原則として取材をお断りしています。あらかじめご了承ください。
 - ① 当法人に関係しない一般的な医学・医療の知識についての問い合わせ
 - ② 当法人の利用者（過去に利用したことがある方も含む）に関する情報提供
 - ③ 受診者、来院者が特定されるような撮影や、敷地内でのインタビュー取材
 - ④ 職員などの個人情報に関する問い合わせ
 - ⑤ その他、急な依頼などで調整が困難なものや、当法人で対応することがふさわしくないと判断したもの
2. 申込内容を確認後、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取材申込書を送付ください。
3. 取材申込書への記載不備、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。

取材当日および取材後の注意点

1. 施設内で取材する場合は職員の指示に従い、患者さん・ご家族のプライバシーに配慮し、心理的・身体的に影響を及ぼすことがないようにしてください。
2. 放映・発行日は事前にお知らせください。放映データ（CD-R、DVD）や掲載誌を下記申し込み先までご提供ください。紙媒体の場合、可能であれば掲載誌とあわせて紙面 PDF などのデータもご提供ください。
3. 放映・掲載されたものは、病院・施設のウェブサイト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。
4. 放映・掲載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。
5. 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、下記申し込み先にご連絡ください。

問い合わせ先

社会医療法人 雪の聖母会 総務企画部 広報室

〒830-8543 福岡県久留米市津福本町 422

TEL : 0942-35-3322 (代) FAX : 0942-34-3115 (代)