

篠ノ井総合病院 取材申込書

本申込書に必要事項を記入の上、FAX またはメールによりお申し込みください。

☆は必須記入事項です。

取材申込後にキャンセルする場合は、事前にご連絡ください。

取材当日は、本人が取材者であることを確認できるものをご提示ください。

☆申込者氏名・連絡先

所属・氏名	TEL
	FAX
住所	携帯
	E-mail

☆取材希望日（複数提示可）

取材希望日 年 月 日 時間 : ~ :	人数
取材代表者氏名	

☆掲載・放送媒体名（掲載誌名/発効日、番組名/放送時間）

--

☆取材目的

--

その他、特記事項

--