

取材依頼書

年 月 日

東京都済生会中央病院 院長殿

会社名			
部署名			
担当者名			
住所			
TEL		FAX	
E-mail			
媒体名(番組名)			
放送/発行予定日	年 月 日 () 時 分 ~		
取材内容	※企画書がある場合は併せてご提出ください。		
取材対象者			
	内諾の有無	有 ・ 無 (どちらかに○をお願いします)	
取材希望日時・時間	第1希望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
	第2希望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
撮影の有無	有 ・ 無 (どちらかに○をお願いします)		
	有の場合撮影希望箇所など		
来院スタッフ数			
掲載記事の転載可否	可・否	転載可能な媒体	当院HP・当院広報誌・法人機関誌
その他			

※取材内容により、「取材誓約書」を別途ご提出いただく場合があります。予めご了承下さい。

【本書提出・問い合わせ先】

東京都済生会中央病院 患者支援センター 広報室
 〒108-0073 東京都港区三田1-4-17
 電話 03-3451-8211(代) FAX 03-3457-7949
 E-mail satou-h@saichu.jp