

# 取材申込書

地方独立行政法人 静岡県立病院機構  
(静岡県立総合病院)

御中

		申請日	年 月 日
氏名		会社名・所属	
電話番号		メールアドレス	
住所			
取材対象者			
取材目的			
媒体名	<input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )		
写真・動画の撮影	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (撮影対象者・場所: )		
発行・放送予定日	年 月 日 ( 時 分 ~ 時 分 )		
掲載記事の転載許可	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 院内掲示板 <input type="checkbox"/> 当院広報誌		
取材に関しての謝礼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (¥ (税込) ) *有の場合は後日報酬受領書をご提出ください。		
取材希望日 (候補日を複数ご記入ください)			
取材所要時間	時 分	訪問スタッフ数	人
備考・特記事項			

取材に当たっての遵守事項に同意の上、取材申込をいたします。

会社名

責任者名

回答までに2週間程度かかる場合がございますのでご了承ください。

(事務確認欄)

許可

不許可

【連絡先】

静岡県立総合病院

〒420-8527 静岡県静岡市葵区北安東4-27-1  
Tel : 054-247-6111 (代表) Fax : 054-247-6140

院長	事務部長	次長	総務課長	人材係長	課員	担当者