

*□は該当をチェックしてください
*項目としてあげられているものは必ずご記入下さい。

取材申し込み書

国家公務員共済組合連合会
虎の門病院 院長 大内 尉義 殿

① 取材対象当院職員

所属 _____

氏名 _____

② 発表媒体

テレビ (番組名及び放送日)

ラジオ (番組名及び放送日)

新聞 (誌名及び発刊日)

医学雑誌 (誌名及び発刊日)

一般雑誌 (誌名及び発刊日)

インターネット配信 (URL :)

その他 【 】

③ 取材日時

1回目 平成 年 月 日 : ~ :

2回目 平成 年 月 日 : ~ :

取材が3回以上にわたる場合、下欄に記入ください。

④ 取材の目的・内容 (具体的に詳しく) *企画書等があれば合わせてご提出ください。

⑤ 取材場所

虎の門病院内 ()

虎の門病院外 ()

*□は該当をチェックしてください
*項目としてあげられているものは必ずご記入下さい。

⑥ 写真撮影

無

有→場所 ()

スタッフ数 () 名

撮影の趣旨、内容

⑦ ビデオ・動画撮影

無

有→場所 ()

スタッフ数 () 名

撮影の趣旨、内容

以上の内容にて取材を申し込みます。

平成 年 月 日

申込責任者

会社名・所属 :

氏名 :

連絡先 :

担当者

会社名・所属 :

氏名 :

連絡先 :

注 1 院内の写真撮影、ビデオ動画撮影は原則禁止ですが、内容によって許可する場合があります。

注 2 当院の定める取材・撮影受入れ実施要領を遵守してください。

注 3 誓約書の提出が無い場合は取材をお受けしかねます。

注 4 本申込書の内容と実際の報道が著しく異なる場合、今後の取材をご遠慮願うことがあります。

注 5 発刊、放送日が未定の場合には、その旨記載し、必ず事前に決定次第御連絡ください。

*取材の可否について、電話でお返事します。回答までに通常 5 稼働日程度かかりますのでご了承ください。

*FAX の送信後、必ず総務課庶務係にお電話ください。

虎の門病院 総務課庶務係

TEL 03-3560-7752

FAX 03-3582-7068