**名戸ヶ谷病院 取材・撮影申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | ２０　　年　　　　月　　　　日　（　　） | | |
| 会社・団体名 |  | | |
| 申込者氏名 |  | 同行者 | 名 |
| 住所 |  | | |
| 電話 |  | FAX |  |
| 携帯電話 |  | e-mail | @ |

**※☐がある箇所は☑を入れてください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第1希望 | ２０　　年　　　月　　　日　（　　）　　　：　　　～　　　： | | |
| 第2希望 | ２０　　年　　　月　　　日　（　　）　　　：　　　～　　　： | | |
| 連絡事項：（例：第1希望、第2希望以外の日時でも他の希望日時を提示いただければ検討します、等） | | | |
| 取材方法 | 対面取材　リモート取材 　電話取材 　書面（メール等）その他（　　　　　） | | | |
| 取材場所  ※対面のみ記載願います |  | | | |
| 取材対象者 |  | | | |
| 取材内容  ※詳細に記載願います  ※企画書があれば添付  願います |  | | | |
| 出版社・放送局 | 会社名 |  | | |
| 責任者 |  | 電話番号 |  |
| 媒体・番組名 |  | | | |
| 掲載・放送日 | ２０　　　年　　　月　　　日　（　　）　　　　：　　　　～　　　　： | | | |
| 撮影 | 写真 | あり　　・　なし | 映像 | あり　　・　なし |
| 搬入する機材等 |  | | | |
| 報酬 | あり　・　なし　※ありの場合、税込　　　　　　　円 | | | |
| その他特記事項  ご要望など | （例：対面取材が難しい場合は、リモート取材または電話取材で構いません、等） | | | |

＜お問合せ・提出先＞

名戸ヶ谷病院 総務課広報係

〒277-0084　千葉県柏市新柏2-1-1　TEL：04-7167-8336(代表)　FAX：04-7163-6661（FAX）

E-mail：PR@nadogaya.com

――――――――――――――――――――　以下、当院記入欄　――――――――――――――――――――――

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取材決定日時 | ２０　　　年　　　月　　　日　（　　）　　　：　　　～　　　： | |
| 取材可否 | 可決　　否決 | |
| 取材対応者(医師・  コメディカル等) | 所属 | 氏名 |
| 取材場所・取材方法 | 場所 | 方法 |
| 取材・撮影の意義  (取材対応者記入) |  | |