

名戸ヶ谷病院 取材・撮影申込書

申込日	2 0 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	2 0 年 月 日 () : ~ :	
	第2希望	2 0 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	2 0 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	2 0 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)		