

取 材 申 込 書

平成 年 月 日

青森県立中央病院長 殿

報道機関名		職名・氏名	
連絡先住所		電話番号	
FAX番号		E-mail	

取材条件を了解の上、下記のとおり取材を申し込みます。

記

取材希望日時： 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

取材場所：

取材方法： インタビュー・写真撮影・VTR撮影・その他()

取材人数： () 名

取材内容：

取材対象者：

報道予定： 有 ・ 未定 (事前に放送日時・番組名を連絡願います)

有りの場合

1) その方法 新聞 テレビ その他 ()

2) タイトル

3) 報道日時 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

回答希望日： 平成 年 月 日 ()

－ 取材条件 －

- ① 撮影に際しては、許可のあった者以外の撮影は行わず、プライバシーの保護に細心の注意を払います。
- ② 万一、読者や視聴者から誤解を招くことが生じた際には、その修正及び対応に誠意を持ってのぞみます。
- ③ 放送・掲載されたデータ(CD-R、DVD いずれの媒体でも可)、及び出版物を下記宛先に送付することに同意いたします。
- ④ 放送・発刊日を前日までにお知らせいたします。
- ⑤ 当院で撮影された映像・写真に関して、許可された目的以外に当院の許可なく流用いたしません。

(以下の記入は不要です。)

	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 取材許可 上記依頼に係る取材を許可します。 特記事項：		
<input type="checkbox"/> 取材不可 理由 () 青森県立中央病院長 吉田 茂昭【公印省略】		

<取材に関する問い合わせ先> 青森県病院局運営部経営企画室 広報担当

〒030-8553 青森市東造道2-1-1 Tel 017-726-8403 Fax 017-726-8325