

取 材 申 込 書

令和 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： 令和 年 月 日 () 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 ()

取材内容：

取材対象者：

報道予定： 有 ・ 未定

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 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

回答希望日： 令和 年 月 日 () まで

－ 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。)

管理者	病院局長	院長	事務長	経営企画室長	企画課長	企画課員	担当

<input type="checkbox"/> 取材許可 特記事項： <input type="checkbox"/> 取材不可 理由 () 青森県立中央病院長【公印省略】	確 認 欄
	年 月 日