**淀川キリスト教病院**

**広報課　宛**

**（ＦＡＸ：０６-６３２０-６３０８）**

**取 材・撮 影 等 申 込 書**

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **会社名・担当者名** | **TEL** |
| **携帯** |
| **住所**　　 | **FAX** |
| **E-mail** |

|  |
| --- |
| **取材目的・内容**※別紙で企画書をお送りいただいても結構です。 |
| **取材対象****部署・職種・人物** |  |
| **発行・放送予定日** |  |
| **媒体名** |  |
| **取材希望日** |  | **取材日数** |  |
| **所要時間** |  | **スタッフ数** |  |
| **特記事項** |  |
| * 「取材・撮影等に関する注意事項」に同意します。　代表者署名：
 |

ご協力ありがとうございます。申込書受領後できる限り早急に連絡いたします。

* 本申込書に必要事項を明記のうえ、メールでの添付又はＦＡＸにてお申込ください。
* 取材申込後に変更又はキャンセルがある場合は、必ず事前に広報課までご連絡ください。
* 取材当日は、本人確認のできるものをご提示ください。（名刺可）
* 取材・撮影等に関する注意事項をよく読み同意の上、取材依頼をお申込みください。



**淀川キリスト教病院**

**経営企画部　広報課**

E-mail: kouhou@ych.or.jp