

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			
<input type="checkbox"/> 「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。



宗教法人 在日本南プレスビテリアンミッション

淀川キリスト教病院

Yodogawa Christian Hospital

全人医療

淀川キリスト教病院

経営企画部 広報課

E-mail: kouhou@ych.or.jp