

申込日 令和 年 月 日

国立病院機構高松医療センター事務部管理課 宛

FAX : 0 8 7 - 8 4 3 - 5 5 4 5

E-mail : 517-Kanrika@mail.hosp.go.jp

取 材 申 込 書

独立行政法人国立病院機構

高松医療センター院長 殿

申込者 会社名
所在地
ご担当者
TEL/FAX :

下記のとおり、取材を申し込みます。

記

1. 取材日時 : 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
2. 取材場所 :
3. 取材方法 : インタビュー・写真撮影・VTR撮影・その他 ()
4. 取材人員 : 名
5. 取材内容 :
6. 取材を受ける職員 :
7. 報道の有無 : 有り ・ 未定
有りの場合
1) 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
8. 取材条件 ①患者さん等のプライバシーの保護に細心の注意を払うこと。
②業務の支障にならないよう細心の注意を払うこと。
③取材において何らかの問題が生じた場合、申込者が一切の責任を負うこと。

(以下の記入は不要です。)

☐ 許可

☐ 不許可理由 ()

取 材 許 可 書

上記に係る取材を許可します。

独立行政法人国立病院機構
高松医療センター院長

特記事項 :