別紙１

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：０８７－８４３－５５４５
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：