年年月月日日

JA長野厚生連　佐久総合病院

統括院長　殿

**佐久総合病院　取材依頼書**

取材依頼者　会社名ここをクリックして貴社名を入力してください

申請者ここをクリックして氏名を入力してください

【取材概要】

1. 取材目的、内容　※企画書がある場合は併せてご提出ください

必須項目です。ここをクリックしてテキストを入力してください

1. 希望日時（複数提示可能）

必須項目です。ここをクリックして希望日時を入力してください

1. 撮影の有無　必須項目です。ここをクリックして有無を入力してください
2. 来院スタッフ数　必須項目です。ここをクリックして人数を入力してください
3. 掲載記事の転載可否　必須項目です。ここをクリックして可否を入力してください
4. 転載可能な媒体　⑤について可の場合。当院ホームページ・当院広報誌・当院SNSから可能なものを入力してください
5. 媒体名、内容（番組や紙面名など）

必須項目です。ここをクリックして媒体内容を入力してください

1. 掲載・放送・出版予定日

可能な限りでかまいません。ここをクリックしてテキストを入力してください

1. 担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・氏名必須項目です。ここをクリックして所属・氏名を入力してください | TEL：必須項目です。ここをクリックして電話番号を入力してください |
| FAX：必須項目です。ここをクリックしてFAX番号を入力してください |
| 住所ここをクリックして住所を入力してください | 携帯電話：ここをクリックして携帯電話番号を入力してください |
| E-mail：ここをクリックしてメールアドレスを入力してください |

以下、病院記入欄

施設名　　　　　　　　　　　担当部署　　　　　　　　　　　担当者

広報課担当者