ＪＡ長野厚生連　佐久総合病院

統括院長　殿

平成年年月月日日

**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. 内容・目的

必須項目です。ここをクリックして内容・目的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. 取材目的

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. 媒体内容（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 |