取材・撮影 申込書

　　　　年　　　月　　　日

大阪国際がんセンター 総長 様

企業(機関)名

代表者名

|  |  |
| --- | --- |
| 番組名・紙(誌)名 |  |
| 放送・発行予定日(\*1) | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　）　　　　時　　　分 頃 |
| 取材・撮影 企画内容(\*2) | □別紙のとおり・内容・撮影 □なし □あり □撮影のみ（機材詳細：　 　　　 　　　　　　　　）□素材提供のみ・取材者数（記者等　　　名、同行者　　　名　　　　　　　　　　　　　） |
| 取材・撮影 対象(\*3) | □職員（所属：　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　□内諾あり）□患者（氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□内諾あり） |
| 取材・撮影 希望日時 | 　　　　年　　月　　日　／AM･PM　　時　　分～　　　　時間 程度　　　　年　　月　　日　／AM･PM　　時　　分～　　　　時間 程度※長期にわたる場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 取材・撮影 方法(場所) | 電話　・　直接面会【当センター・貴社】　・　その他（　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 謝礼等 | □なし □あり → 別途、手続きが必要です。 |
| 担当者連絡先 | 会社名：　　　　　　　　　　　　　 部署名： |
| 氏　名： |
| 住　所： |
| TEL　：　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| E-mail： |
| 備考 |  |

\*1　番組・掲載紙(誌)の該当部分の写し、またはビデオ(DVD等)をご提供願います。

\*2　企画書を添付する場合は、「□別紙のとおり」にチェックを入れてください。

\*3　当センター外で、患者さんに取材を行う場合を除きます。

大阪国際がんセンター 事務局 総務・広報グループ

TEL（代表）06-6945-1181　内線5104

　　　FAX（直通）06-6945-1900