**取材申し込み書**

国家公務員共済組合連合会

虎の門病院　院長　門脇　孝　殿

1. 取材対象当院職員

 所属 外来管理課

1. 発表媒体

□テレビ （番組名及び放送日 ）

□ラジオ （番組名及び放送日 ）

□新聞 （誌名及び発刊日 ）

□医学雑誌 （誌名及び発刊日 ）

□一般雑誌 （誌名及び発刊日 ）

□インターネット配信 （URL： ）

□その他 【 】

1. 取材日時

第1希望 令和　　年　　月　　日　　：　　～　　：

第２希望 令和　　年　　月　　日　　：　　～　　：

取材が3回以上にわたる場合、下欄に記入ください。

1. 取材の目的・内容（具体的に詳しく）＊企画書等があれば合わせてご提出ください。
2. 取材場所

□虎の門病院内（ ）

□虎の門病院外（ ）

1. 写真撮影

 □無

 □有→場所（ ）

 スタッフ数（　　　）名

 撮影の趣旨、内容

1. ビデオ・動画撮影

 □無

 □有→場所（ ）

 スタッフ数（　　　）名

 撮影の趣旨、内容

以上の内容にて取材を申し込みます。

令和　　年　　月　　日

申込責任者

会社名・所属 ：

氏名 ：

連絡先 ：

担当者

 会社名・所属 ：

 氏名 ：

 連絡先 ：

注1院内の写真撮影、ビデオ動画撮影は原則禁止ですが、内容によって許可する場合があります。

注2当院の定める取材・撮影受入れ実施要領を遵守してください。

注3誓約書の提出が無い場合は取材をお受けしかねます。

注4本申込書の内容と実際の報道が著しく異なる場合、今後の取材をご遠慮願うことがあります。

注5発刊、放送日が未定の場合には、その旨記載し、必ず事前に決定次第御連絡ください。

＊取材の可否について、電話でお返事します。回答までに通常5稼働日程度かかりますのでご了承ください。＊FAXの送信後、必ず総務課庶務係にお電話ください。

虎の門病院　総務課庶務係

ＴＥＬ　03-3560-7752

ＦＡＸ　03-3582-7068