

*□は該当をチェックしてください

*項目としてあげられているものは必ずご記入下さい。

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（必ず事前に本人の了承を得てご記入ください）

所属 _____

氏名 _____

② 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 【 】

③ 取材日時

1回目 令和 年 月 日 : ~ :

2回目 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。

④ 取材の目的・内容（具体的に詳しく） *企画書等を合わせてご提出ください。

⑤ 取材場所

虎の門病院内 ()

虎の門病院外 ()

⑥ 写真撮影

無

*□は該当をチェックしてください

*項目としてあげられているものは必ずご記入下さい。

□有→場所 ()
スタッフ数 () 名
撮影の趣旨、内容

⑦ 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 :
電話/メールアドレス : - - / @

担当者

会社名・所属 :
氏名 :
電話/メールアドレス : - - / @

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1~2日程度かかりますのでご了承ください。

*FAXの送信後、必ず総務課にお電話ください。

虎の門病院 総務課

TEL 03-3560-7752

FAX 03-3582-7068