

取材依頼書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター 院長 様

会社名			
部署名			
担当者名			
住所			
TEL		FAX	
E-mail			
媒体名（番組名等）			
放送/発行予定日	年 月 日（ ） 時 分～		
取材内容	※企画書がある場合は併せてご提出ください。		
取材対象者			
	内諾の有無	有 ・ 無 （どちらかに○をお願いします）	
取材希望日時・時間	第1希望	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分	
	第2希望	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分	
撮影の有無	有 ・ 無 （どちらかに○をお願いします）		
	有の場合撮影希望箇所など		
来院スタッフ数			
掲載記事の転載可否	可 ・ 否	転載可能な媒体	当院HP ・ 当院広報誌 ・ 法人機関誌
その他			

【本書提出・問い合わせ先】

独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター 事務部管理課 庶務係長

〒949-3193 新潟県上越市大潟区468-1

TEL : 025-534-3131

FAX : 025-534-4824

E-mail : 226-kanrika@mail.hosp.go.jp