**取材･撮影･掲載申込書**

　　年　　　月　　　日

大阪急性期・総合医療センター 総長 あて

会社名

代表者名

|  |  |
| --- | --- |
| 媒体名 | □新聞　□雑誌　□テレビ　□ラジオ　□インターネット　□その他（　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 掲載予定日 | 年　 月　 日（　）　時　 分　　～　　年　 月　 日（　）　時　 分 |
| 取材･撮影･掲載の目的 |  |
| 取材･撮影･掲載内容 | □別紙のとおり（企画書を添付してください）･内容･写真・動画の撮影　 □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･掲載対象 | □職員（所属：　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　□内諾あり）□患者（氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□内諾あり）□ロゴ・写真（　　　　　　） ・リンク（　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 取材･撮影希望日時 | 　　　　年　　月　　日　／AM･PM　　時　　分～　　　　時間 程度 |
| 取材･撮影方法(場所) | 電話 ・ 大阪・急性期総合医療センター ・　その他（　　　　　　　　　） |
| 謝礼等 | □なし □あり → 別途、手続きが必要となります |
| 担当者連絡先 | 会社名：　　　　　　　　　　　　　 部署名： |
| 氏　名： |
| 住　所： |
| TEL　：　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| E-mail： |
| HP掲載許可 | □可 □否　 ※上記掲載日より前に掲載することはございません |
| 備考 |  |

※　掲載後は、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。

大阪急性期・総合医療センター

事務局 総務企画グループ

TEL（代表）06-6692-1201　内線2329

　　　　FAX（直通）06-6606-7000