

(別紙1)

## 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         | <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>( )                                      |
| 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  | <input type="checkbox"/> 別紙のとおり（企画書を添付してください）<br>・内容<br><br>・写真・動画の撮影<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 撮影のみ（機材詳細： ）<br><input type="checkbox"/> 素材提供のみ<br>・取材者数（記者等 名、同行者 名） |
| 取材・撮影・掲載対象  | <input type="checkbox"/> 職員（所属： 氏名： <input type="checkbox"/> 内諾あり）<br><input type="checkbox"/> 患者（氏名： <input type="checkbox"/> 内諾あり）<br><input type="checkbox"/> 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         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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：<br>氏 名：<br>住 所：<br>TEL： FAX：<br>E-mail：                                                                                                                                                                               |
| HP 掲載許可     | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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