

(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 ( ) ( )
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) ・内容 ・写真・動画の撮影 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 撮影のみ (機材詳細: ) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 職員 (所属: 氏名: <input type="checkbox"/> 内諾あり) <input type="checkbox"/> 患者 (氏名: <input type="checkbox"/> 内諾あり) <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: 氏 名: 住 所: TEL : FAX : 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・人事グループ  
TEL (代表) 06-6692-1201 内線 2314  
FAX (直通) 06-6606-7000