

取材申込書

別紙2

申請日	年 月 日		
氏名		会社名・所属	
電話番号		メールアドレス	
住所			
取材対象者			
取材目的			
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 () ()		
写真・動画の撮影	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (撮影対象者・場所:)		
発行・放送予定日	年 月 日 (時 分 ~ 時 分)		
掲載記事の転載許可	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 院内イントラネット <input type="checkbox"/> 院内掲示板 <input type="checkbox"/> 当院広報誌		
取材に関する謝礼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (¥ _____ (税込))		
取材希望日 (候補日を複数ご記入ください)			
取材所要時間	時 分	訪問スタッフ数	人
備考・特記事項			

下記に同意の上、取材申込をいたします。

- ①院内を撮影した場合、放映、掲載に際し、個人情報保護法のもと患者さんのプライバシーに配慮した撮影および処理を行います。
- ②公開後に生じたあらゆる問題は、その対応に誠意を持って臨みます。
- ③放映・掲載されたデータ (CD、DVDいずれの媒体でも可) または出版物を下記連絡先に送付することを同意します。
- ④貴院で撮影された映像、写真に関して、許可された目的以外に許可なく使用しません。
- ⑤貴院から印刷物・映像等の発行・配信前に確認の申し出があった場合は、速やかに提示します。

会社名

印

責任者名

回答までに一週間程度かかる場合がございますのでご了承ください。企画書等があれば併せてご提出ください。

【連絡先】

地方独立行政法人堺市立病院機構 法人本部 経営企画課
 〒593-8304 大阪府堺市西区家原寺町1丁1番1号
 Tel : 072-272-9923 (直通) Fax : 072-272-9924 (直通)

(事務確認欄)

経営企画課長	課長補佐	担当者