

申込日 平成 年 月 日

国立病院機構 高知病院事務部管理課 宛

FAX : 088-843-6385

E-mail : ko-kanri@hosp.go.jp

取材申込書

独立行政法人
国立病院機構高知病院長 殿

申込者 会社名

所在地

ご担当者
TEL/FAX :

下記のとおり、取材を申し込みます。

記

- 取材日時： 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
- 取材場所：
- 取材方法： インタビュー・写真撮影・VTR撮影・その他 ()
- 取材人員： 名
- 取材内容：
- 取材を受ける職員：
- 報道の有無： 有り ・ 未定
有りの場合
1) 方法 新聞 テレビ その他 ()
2) タイトル
3) 報道日時 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
- 取材条件 ①患者さん等のプライバシーの保護に細心の注意を払うこと。
②業務の支障にならないよう細心の注意を払うこと。
③取材において何らかの問題が生じた場合、申込者が一切の責任を負うこと。

(以下の記入は不要です。)

許可

不許可 理由 ()

取材許可書

上記に係る取材を許可します。

独立行政法人
国立病院機構高知病院長

特記事項：