|  |  |
| --- | --- |
| 取材の趣旨・目的 | 　 |
| 取材希望日時 | ① | 年　　　月　　　日（　　）　　 　　 | 時　　分　～　　時　　分 |
| ② | 年　　　月　　　日（　　）　　 　　 | 時　　分　～　　時　　分 |
| ③ | 年　　　月　　　日（　　）　　 　　 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 取材社名 | 　 |
| 取材・スタッフ | 職名 |  | 氏名 |  |
|  |  |
|  |  |
| 報道の有無 | 有（放送局名等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 予定日時 | 　　年　　月　　日　　 　　 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 撮影内容質問事項※詳細にご記入ください | 　 |

　年　　月　　日

福岡市立こども病院

院長　　原　寿郎　　宛

（FAX　092-682-7300）

取材申込書

下記のとおり、依頼します。

申込社名：

担当者：

連絡先：