

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：

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			