**取　　材　　申　　込　　書**

 　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

鹿児島大学病院長　　　殿 　 　　　　　　　　　　　　　　　取材依頼者所属・氏名等

（連絡先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯番号）

下 記 の と お り 取 材 し た い の で 、 許 可 願 い ま す。

記

取材希望日時：　令和　　年　　月　　日（　）　　　時　　分　～　　　時　　分

取材対象者氏名：

対象者本人の内諾：　有　・　無　（いずれかに○を付してください。）

対象者が職員の場合、報酬（謝金）の有無：　有 ・ 無　（いずれかに○を付してください。）

対象者が患者さんの場合、主治医の内諾：　有　・　無　（いずれかに○を付してください。）

取材の目的・内容：

取材を行う担当者氏名：

取材形式：□電話 □ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ □ﾃﾚﾋﾞｶﾒﾗによる撮影 □原稿執筆依頼 □その他（　　　　　 　）

取材を行う場所：

放映予定日または掲載予定日：　令和　　年　　月　　日（　）

放映される番組名または掲載される新聞名等：

★原則として、取材希望日時の１週間前までに、企画・広報係へ「取材申込書」を提出して

ください。

　なお、取材の際は、患者プライバシーの保護や個人情報の保護について、厳守願います。

　外来や病棟での撮影は、原則お断りしていますので、ご了承ください。

|  |
| --- |
| 本件担当 〒890-8520鹿児島市桜ヶ丘８－３５－１　鹿児島大学病院 総務課 企画・広報係　　電話　０９９－２７５－６７１０　 FAX　 ０９９－２７５－６８４６　Email:kufsyomu@kuas.kagoshima-u.ac.jp 　　　　　　　　 |

　　　　　　　　　　※企画書等ありましたら、添付してください。