

# 取材申込書

令和 年 月 日

北海道大学病院総務課広報・国際企画係 宛

E-mail : pr\_office@huhp.hokudai.ac.jp / FAX : 011-706-7627

所属（会社名等）：

氏名：

TEL（所属先）：

TEL（携帯）：

E-mail：

取材内容・趣旨 企画書がありましたら、併せてご送付ください。	
取材対象者 (取材先)	
取材先への内諾	<input type="checkbox"/> 有   内諾者： <input type="checkbox"/> 無
取材形態	<input type="checkbox"/> 来院   訪問人数： <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他   具体的に：
所要時間	分程度
取材希望日時	第1希望 令和 年 月 日 ( ) 時 ~ 時 第2希望 令和 年 月 日 ( ) 時 ~ 時
撮影の有無	<input type="checkbox"/> 有   具体的に： ※ご記入いただいた撮影以外については、お断りいたします。 <input type="checkbox"/> 無
媒体名	<input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> 雑誌・書籍 <input type="checkbox"/> ウェブ 番組・雑誌等名：
放送・掲載予定	令和 年 月 日 ( )
備考	

※ 取材希望日の5日前（土日・祝日・年末年始(12/29~1/3)を除く）までにご提出ください。

急な取材依頼にはお応えできかねますので、ご了承願います。

※ 患者さんのプライバシーには十分なご配慮をお願いいたします。