

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 インタビュー テレビカメラによる撮影 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。