

取材許可願

年 月 日

独立行政法人国立病院機構
岩国医療センター 院長 殿

この度、下記の条件により貴センターにおける取材行動を行いたく許可をお願いします。

記

媒体名	
企画内容	
放送・発行予定日時 (番組・雑誌名)	年 月 日 / 時 分～ ()
取材内容	
取材希望日時	年 月 日 / 時 分～
取材所要時間	
取材日数 (長期の場合)	
取材者数	
事前に当院関係者の内諾を 得ている場合は、その氏名	
担当者連絡先 (※名刺を添付願います)	会社名 :
	部署名 :
	氏 名 :
	住 所 :
	TEL :
	FAX :
E-mail :	
依頼への回答希望日時	年 月 日 / 時

※企画書がある場合は併せてご提出ください

岩国医療センター 管理課

庶務班長又は庶務係長

TEL : 0827-34-1000 FAX : 0827-35-5600

----- 以下、管理課で処理 -----

許可番号 :	許可年月日 : 年 月 日
--------	---------------