

令和 年 月 日

横浜市立みなと赤十字病院 広報推進課あて

取材申込書

会社名	
部署名・担当者名	
住所	
電話	
E-mail	
【媒体名】	
【取材目的・内容】	
【取材希望日及び所要時間】	
【放送・発刊予定日】	
【スタッフ人数及び機材】	
【放送・掲載内容の転載可否】 可/否 掲載可能な範囲()	
【謝礼金】 有/無 有の場合の金額(手取額 円)	

以下の内容に同意して、上記取材を申し込みます。

- 1 事前に放送・掲載内容のチェックを受けます。
- 2 院内で取材する場合、診療に影響のないよう十分な配慮をします。
- 3 放送・掲載に際し、患者・職員のプライバシーに配慮し適切に処理を行います。
- 4 視聴者や読者から誤解を招くことが生じた際は、誠意をもって対応いたします。
- 5 本取材にて得た情報は、今回の取材目的以外に横浜市立みなと赤十字病院の許可なく済
- 6 放映・発刊日を速やかに(遅くとも前日までに)お知らせいたします。
- 7 可能な限り、放送・掲載されたデータ(CD-R,DVD 等)及び出版物を送付します。(応相談)