北海道立子ども総合医療・療育センター　　取材申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 会社・部署名 |  |
| 職・氏名（フリガナ） |  |
| 住所 |  |
| TEL／FAX |  |
| E-mail |  |
| 媒体名（番組名） |  |
| 掲載・放送日時（予定） | 年　　月　　日（　）　　　　時　　分 |
| 企画内容 |  |
| 取材対象（希望者・診療科等） | ※内諾の有無：　有　・　無　（どちらかに○をお願いします） |
| 取材希望日時・時間 |  |
|  | ① 第１希望 | 年　　月　　日（　）　　　　時　　分～　　時　　分 |
| ② 第２希望 | 　　　年　　月　　日（　）　　　　時　　分～　　時　　分 |
| ③ 第３希望 | 　　　年　　月　　日（　）　　　　時　　分～　　時　　分 |
| 撮影の有無 | 有　・　無　（どちらかに○をお願いします） |
| 訪問人数 |  |
| 掲載記事の転載可否 | 可　・　否　（どちらかに○をお願いします） |
| その他 |  |

※本申込書に必要事項を記載の上、メール又はFAXによりお申し込み願います。

　なお、メールでお申し込みの場合は件名を「取材申込について（○○会社）」としてください。

【申込先】

北海道立子ども総合医療・療育センター企画総務課 広報担当

TEL:011-691-8049／FAX：011-691-1000

E-mail:shonisogo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp

○留意事項

|  |
| --- |
| １　取材目的・内容は、医療・研究又は教育等に関するものに限ります。２　申し込みから取材希望日までの期間が短い場合は、お受けすることが出来ない場合はありますので、ご了承ください。３　本様式に記載しきれない場合、別途、任意様式により企画内容等をご提出ください。４　取材時や放送・掲載に際しては、患者様のプライバシー保護や個人情報の保護について、厳守願います。４　病棟などで取材する場合は、身分の分かるもの（腕章など）を着用してください。５　事実誤認を防止するため、公開前に撮影した映像やナレーションについて、確認させていただく場合があります。６　特定の患者様に対する治療内容など、医療上に関するものについては、原則お断りしておりますので、ご了承ください。７　感染防止のため、発熱、咳等の症状がある場合には、撮影・取材を延期させていただきます。８　出版物の場合は、データ及び紙媒体を一部提供願います。（※掲載部分の抜粋でも可能。） |