学校法人 東京女子医科大学 広報室　宛

取　材　申　込　書

令和　　年　　月　　日

貴社名			
部署名		ご担当者名	
ご連絡先	＜電話＞ 会社：　　緊急連絡先（携帯）： ＜住所＞ ＜メールアドレス＞		
取材対象者			
取材対象者所属名			
撮影・取材目的 （出来るだけ詳しく ご記載ください）			
日　時			
場　所			
放映番組名 掲載雑誌名			
放映予定日 発行予定日	年　　月　　日（　）　　・未　定		
種　類	ビデオ　・　写真　・　その他（　　）		
現　場 責任者	氏　名 連絡先		
スタッフ人数			
備　考			