**大分大学医学部　取材・撮影申込書**

令和　 年　　月　　日

 事業所名:

 所　　属:

　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者名:

　　　　　　　　　　　　 連 絡 先： 　Ｅメール：

記

1．取材・撮影の目的（番組名・掲載誌名・Web名（URLを記入）など、具体的に記入してください）

２．報道予定日時・掲載予定日

　 　　令和　　年　　月　　日　　　時　　分 ～ 令和　　年　　月　　日 　　時　　分

３．取材対象部署・取材対象者

４．取材・撮影の希望日時

　 　　令和　　年　　月　　日　　　時　　分 ～ 令和　　年　　月　　日 　　時　　分

５．取材・撮影の希望場所

６．取材方法

[ ]  面会にてインタビュー　　[ ]  電話にてインタビュー　　その他（　　　　　　　　　　　）

７．使用する機材

[ ]  テレビカメラ　　　[ ]  スチールカメラ　　　その他（　　　　　　　　　　　）

[ ]  撮影なし

８．その他、特記事項など

大分大学医学・病院事務部　総務課
TEL：097－586－5120
E-mail：syomu@oita-u.ac.jp