

取材申込書

年 月 日

原宿リハビリテーション病院
院長 殿

会社名			
部署名			
担当者名			
住所			
TEL		FAX	
E-mail			

<取材目的> (できるだけ詳しくお書きください。※枠内に入らない場合は、別紙にて作成願います。)			
<取材部署>	原宿リハビリテーション病院 部署名 ()		
<取材対象者>			
<発行・放送予定日>			
<媒体名>			
<取材希望日> ※候補日を複数ご記入ください。		<取材日数>	
<所要時間>		<スタッフ数>	
<備考>			
<回答希望日>			

* 項目欄は必ずご記入下さい。

* ご回答までに 5 稼働日程度かかる場合があります。予めご了承ください。

* 企画書等があれば合わせてご提出ください。

* FAX の送信後、必ず総務課にお電話ください。

* 動画データをお送りいただく際は、ファイル形式を「MP4」形式での提出をお願いします。

取材規約書

下記の規約に同意の上、取材申し込みをいたします。

記

- ①施設内を撮影した場合、放映・掲載に際して、プライバシーに配慮し、ご本人の許可がない場合はお顔にモザイク処理をおこないます。
- ②万一、読者や視聴者から誤解を招くことが生じた際には、その修正及び対応に誠意を持ってのぞみます。
- ③放映・掲載されたデータ（CD-R、DVD いずれの媒体でも可）及び出版物を、下記宛先に必ず送付いたします。
- ④放映・発刊日を事前に必ずお知らせいたします。
- ⑤貴施設で撮影した映像、写真に関して、貴施設の許可なく流用いたしません。
- ⑥貴施設の撮影・取材の場合は、必要に応じて貴施設が指定する腕章を着用します。
- ⑦取材元または掲載元の公表内容に基づき、取材の事実、掲載（放送）媒体名、掲載（放送）日等を貴施設より情報発信することについて承諾いたします。

署名： _____ 印

※担当者の方の署名で構いません。

原宿リハビリテーション病院
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 6-26-1
TEL: 03-3486-8333
FAX: 03-3486-8334
Email: info@harajuku-reha.com