提出先　E-mail: 18jagsm@gmail.com

第18回日本性差医学・医療学会学術集会　運営事務局　宛

**第18回日本性差医学・医療学会学術集会**

**取材許可申請書**

第18回日本性差医学・医療学会学術集会

会長　河野　宏明 殿

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 当日取材者氏名  ※取材される方全員の名前を記載ください。 |  |
| 担当者連絡先（電話） |  |
| 担当者連絡先（E-mail） |  |
| 取材内容掲載媒体 | * テレビ　　□　新聞　　□　雑誌　　□　学術刊行物　　□　Web　　□　ラジオ * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 媒体名（雑誌名等） |  |
| 取材対象と目的 |  |
| 取材希望日時 |  |
| お持ち込み機材 |  |
| 車両乗り入れの有無 | ※施設の駐車場はございませんので、最寄りの有料駐車場をご利用ください。 |
| 取材結果の放映、紙面掲載の予定 | □あり　放映番組・放映予定日、掲載紙名・掲載予定日を記載ください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □なし |
| 備考 |  |

以上の通り、取材許可の申請をいたします。

年　　　月　　　日

会社名・団体名：

ご担当者名：