

FAX : 022-722-1658

第4回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 運営事務局 宛

第4回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会

事前取材申込用紙

2013年 月 日

◇下記事項をご記入の上、ご提出をお願いいたします。

| | |
|--------|--|
| 会社名 | |
| 部署名 | |
| 役職 | |
| 氏名 | |
| TEL | |
| FAX | |
| E-mail | |

| | |
|--------------------------|--|
| 取材希望日 | <input type="checkbox"/> 5月18日(土) <input type="checkbox"/> 5月19日(日) |
| セッション名／講演名 取材対象 | |
| 取材手段 | <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> 口頭取材 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 上記についての アポイントメント | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し |
| 放映・掲載予定メディア 放映・掲載予定時期 | メディア名 : ()年 ()月頃予定 / 未定 |

| |
|---------------------|
| 取材スタッフお名前(申込者を含む全員) |
| |
| 備考 |
| |