

FAX : 092-437-4182

第5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

2014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10日(土) <input type="checkbox"/> 5月11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	メディア名 :
放映・掲載予定時期	() 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