

第7回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会

取材申込書

2016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"/> 6月10日(金) <input type="checkbox"/> 6月11日(土) <input type="checkbox"/> 6月12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