提出先　E-mail: jagsm17-office@umin.ac.jp

第17回日本性差医学・医療学会学術集会　運営事務局　宛

**第17回日本性差医学・医療学会学術集会　取材許可申請書**

第17回日本性差医学・医療学会学術集会

会長　井川　房夫殿

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |  |
| 取材目的 |  |
| 取材希望日時 |  |
| お持ち込み機材 |  |
| 車両乗り入れの有無 | あり・なし（有りの場合は、事前に車両番号等の申請が必要となります） |
| 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：