

※受付期間は 6 月 11 日(月)～6 月 29日(金)です。この期間外の受付はいたしません。

## 第 4回クリニカルバイオバンク学会シンポジウム 取材許可申請書

御社名	
取材者氏名 ※取材する全員の名前を記載 ください。	
担当者連絡先	電話： E-Mail：
取材内容掲載媒体	新聞 テレビ ラジオ 学術刊行物 その他雑誌 その他 (該当するものに○)
媒体名(雑誌名等)	

取材目的	
取材希望日時	<input type="checkbox"/> 平成 30 年 7 月 6 日(金) : ~ : <input type="checkbox"/> 平成 30 年 7 月 7 日(土) : ~ : <input type="checkbox"/> 平成 30 年 7 月 8 日(日) : ~ :
取材方法	<input type="checkbox"/> 聴講のみ <input type="checkbox"/> 写真撮影 <input type="checkbox"/> 録音 <input type="checkbox"/> インタビュー <input type="checkbox"/> その他( )
取材予定セッション	
取材対象者 (聴講のみの場合は記載不要)	
取材結果の放映、紙面掲載 の予定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「あり」の場合、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。( )
その他要望等	

以上の通り取材の許可につき申請いたします。

平成 年 月 日

申請者