

※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