



医療法人腎愛会

上山病院、うえやま腎クリニック、ビューティー・コア・サポート。

取材申込書

太枠のみご記入ください

申込日	令和 年 月 日
貴社名	
ご担当者様	
ご連絡先	E-mail ----- 電話番号
取材希望日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
取材対象	☐ 腎愛会 ☐ 上山病院 ☐ うえやま腎クリニック ☐ ビューティー・コア・サポート。
取材対象者	
対象者への報酬(謝金)の有無	有 ・ 無 (いずれかに○を付してください。)
取材の目的・内容	
取材形式	☐ インタビュー ☐ テレビカメラによる撮影 ☐ 電話 ☐ 原稿執筆依頼 ☐ その他 ()
取材を行う場所	☐ 場所() ☐ オンライン()
放送予定日または掲載予定日	令和 年 月 日 ()
番組名または媒体名等 WEB の場合は URL もご記入ください。	

★取材希望日時の 10 日前までに、本「取材申込書」を以下の連絡先へメール添付もしくは FAX にてご提出ください。
なお、取材の際は、患者プライバシーの保護や個人情報の保護について厳守願います。外来や病棟での撮影は、原則お断りしていますのでご了承ください。 ※メールアドレスの●を@に変えてお送りください。

担当：医療法人腎愛会 グループ本部 経営管理室
E-mail：pln●jin-ai-kai.or.jp FAX：099-259-8469
お問い合わせ TEL：099-259-8811

※以下、病院使用欄につき記入しないでください。

対応予定者	備考
-------	----

受付日：令和 年 月 日
(来院・TEL・メール)

院長	本部長	事務長	受付