

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター取材・撮影申込書

申込日	20 年 月 日 ()		
会社・団体名			
申込者氏名		同行者	名
住所			
電話		FAX	
携帯電話		e-mail	@

※□がある箇所は☑を入れてください。

希望日時	第1希望	20 年 月 日 ()			:	~	:
	第2希望	20 年 月 日 ()			:	~	:
	連絡事項：(例：第1希望、第2希望以外の日時でも他の希望日時を提示いただければ検討します、等)						
取材方法	<input type="checkbox"/> 対面取材 <input type="checkbox"/> リモート取材 <input type="checkbox"/> 電話取材 <input type="checkbox"/> 書面（メール等） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
取材場所 <small>※対面のみ記載願います</small>							
取材対象者							
取材内容 <small>※詳細に記載願います ※企画書があれば添付願います</small>							
出版社・放送局	会社名						
	責任者				電話番号		
媒体・番組名							
掲載・放送日	20 年 月 日 ()			:	~	:	
撮影	写真	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		映像	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
搬入する機材等							
報酬	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ※ありの場合、税込_____円						
その他特記事項 <small>ご要望など</small>	(例：対面取材が難しい場合は、リモート取材または電話取材で構いません、等)						

<お問合せ・提出先>

国立精神・神経医療研究センター総務課広報係

〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1 TEL：042-341-2711(代表) FAX：042-344-6745

E-mail：ncnp-kouhou@ncnp.go.jp

—————以下、当センター記入欄—————

取材決定日時	20 年 月 日 ()			:	~	:
取材対応者(医師・研究者等)	所属				氏名	
取材場所・取材方法	場所				方法	
取材・撮影の意義 (取材対応者記入)						