

第 69 回日本皮膚科学会西部支部学術大会

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。複数名の場合は代表 者に○をつけてください。	プレスの方の参加費は、無料です。 ※ただし、プログラム・抄録集は別途ご購入ください。
担当者連絡先	電話： 緊急連絡先（携帯など）： 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	平成 29 年 10 月 28 日 10 月 29 日 (取材日に○)
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。()
連絡事項	

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