

(受付番号 令和 年度第 号)
申込日 令和 年 月 日

公益社団法人日本口腔インプラント学会
理事長 細川 隆司 殿

第53回公益社団法人日本口腔インプラント学会学術大会
大会長 横山 敦郎 殿

住所 _____
機関名 _____
担当者氏名 _____ 印 _____
電話 _____ FAX _____
E-mail _____

取材申込書

1. 取材目的・内容・テーマ・記事の構成等 (詳細な記載をお願いします)

2. 取材対象者：()
3. 取材希望日時：令和 年 月 日 () ～ 日 () 時 分 ～ 時 分
4. 取材方法：インタビュー 写真撮影 その他 ()
5. 媒体：テレビ ラジオ 新聞 雑誌 その他 ()
6. 記事原稿の校正：有 無
7. 記事原稿内への協賛広告等：有 無
8. 放映番組名／掲載誌名：()
9. 放映予定日／掲載予定日：令和 年 月 日 ()
(放映予定の場合は時間も明記ください) 時 分より