



CAPS  
CLINIC



FAX : 03-5771-2775

申込日 2017 年 月 日

セサミワークショップ日本事務局

### 取材申込書

お申込者	会社名 :	
	所属部署 :	
	担当者氏名 :	
	電話 :	FAX :
	E-mail :	

取材目的	
取材内容	
取材対象者・対象物	
取材ご希望日時	2017 年 月 日 時 分 ~ 時 分
取材方法	<input type="checkbox"/> インタビュー（ <input type="checkbox"/> 電話・ <input type="checkbox"/> ご来社） 対象者（ ） <input type="checkbox"/> 写真撮影 <input type="checkbox"/> ビデオ撮影 <input type="checkbox"/> その他（ ）
媒体	<input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> その他（ ）
放映番組名／掲載紙名	
放映予定日／掲載予定日	
その他ご要望	
応対者	※

- ・ ※印の欄は記入しないでください。
- ・ ご記入いただいた個人情報 は業務を行う目的以外で利用することはありません。
- ・ 結果につきましては、別途ご連絡いたします。