九州厚生局　（メールアドレス：iryou-ws@mhlw.go.jp）

**取　材　申　込　書**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 取材日時 | 令和　　年　　月　　日　　　：　　　～　　　：　　　 |
| 社名・所属 |  |
| 記者名（代 表 者） | （同行者　　　　　名） |
| 連絡先（電話番号）　　 （メールアドレス） |  |
| 取材方法（該当するものに☑をつけて下さい。）：□電話　　　　　　　　　　□来庁 |
| 案件：令和５年度 九州・沖縄地区 医療安全に関するワークショップ |
| 取材内容： |
| 放送・掲載予定日 | 令和　　年　　月　　 日　　　：　　　～　　　：　　　 |
| 番組名・掲載誌名等 |  |
| 備　　　考 |  |

**※必要事項を記入の上、九州厚生局医事課あて(iryou-ws@mhlw.go.jp)メールを送付してください。**

**※申込みの締め切りは、11月28日（火）正午までとさせていただきます。**