済生会横浜市東部病院　行

（Mail：koho@tobu.saiseikai.or.jp）

**鶴見区災害医療訓練**

**取材申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **貴　社　名** |  |
| **ご　所　属** |  |
| **ご　芳　名** | **（他　　　名）** |
| **カ　メ　ラ** | **□有（スチール　／　ムービー）　　　 　　□無** |
| **TEL** |  |
| **E-MAIL** |  |

※ご記入いただいた個人情報は、お申し込みの受付や資料の送付、当日の運営、ならびに今後の同種イベントのご案内の目的で利用させていただき、それ以外の目的で利用しません。