

FAX送付先:0562-43-0041
あいち健康の森薬草園 指定管理者
愛知県薬剤師会・日誠グループ 宛

取材・撮影依頼書

送付枚数 _____ 枚

申込者名(会社名等)			
撮影使用目的			
番組名、雑誌名等 ※1			
内容 ※1			
担当者名		連絡先(電話)	
連絡先(メール)		連絡先(FAX)	
ロケハン希望日 ※2			
取材・撮影希望日 ※3			
放送・発売予定日			
その他 質問等			

企画書があれば、併せてFAXでお送り下さい。

※1 タイトル・内容は企画書があれば記入して頂かなくて結構です。

※2 ロケハンを実施する予定があれば、希望する日(未定であれば時期でも可)を記入して下さい。

※3 希望する日(未定であれば時期でも可)を記入して下さい。