（受付番号2024年度　第　　号）

申込日2024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54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　阪本貴司　殿

住所

機関名

担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話

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：2024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：2024年　 月　 日（　）

（放映予定の場合は時間も明記ください）　　　　　時　　分より