



平成 27 年度 AMED 再生医療公開シンポジウム
取材事前申込フォーム

御社名			
部署名			
ふりがな 氏名		役職名	
TEL		FAX	
E-mail			
住所			
番組／雑誌名			
放映／掲載 予定日			
内容	記者・スチール	音声ライン 使用	あり・なし

取材者名（カメラマン・スタッフ等全員のお名前をご記入ください）

ふりがな	ふりがな
ふりがな	ふりがな
ふりがな	ふりがな

ご質問欄 再生医療研究開発について、または講演者へのご質問がありましたらご自由にご記入ください。
