　　　　　　平成　　　　　年　　　　月　　　　日



　　　平成29年度AMED再生医療公開シンポジウム　取材届

下記のとおり取材しましたので、お知らせします。

１．取材者氏名、連絡先

会社名 ここをクリックしてテキストを入力してください。

担当等： ここをクリックしてテキストを入力してください。

氏　名： ここをクリックしてテキストを入力してください。

住　所：　　〒

電話番号： ここをクリックしてテキストを入力してください。

携帯番号： ここをクリックしてテキストを入力してください。

E-mail： ここをクリックしてテキストを入力してください。

２．取材日、人数、場所

日　　時：　　　平成30年2月6日

場　　所：　　　平成29年度AMED再生医療公開シンポジウム

３．掲載・放送媒体名（掲載紙・誌名／掲載日、番組名／放送時間帯などを明記。）

媒体：   
掲載期日：

テーマ：

４．取材内容（撮影の有無・種類（スチール・ムービー）等を明記。）

※別紙として添付でも可。