

第 116 回日本皮膚科学会総会 運営事務局行

FAX 03-3812-6790

E-mail jda2017@dermatol.or.jp

※受付期間は 3 月 31 日(金)～5 月 24 日(水)です。この期間外の受付はいたしません。

第 116 回日本皮膚科学会総会 取材許可申請書

御社名	
取材者氏名 ※取材する全員の名前を記載 ください。	参加費は、1 日 1 名あたり 3,000 円、3 日で 9,000 円です。(1 社につき 2 名まで適用可) 1 日の入場者が 3 名を超える場合は、参加日数(1 日でも 3 日でも)に関わらず、非会 員価格(25,000 円)にて参加登録をお願いいたします。
担当者連絡先	電話： E-Mail：
取材内容掲載媒体	新聞 テレビ ラジオ 学術刊行物 その他雑誌 その他 (該当するものに○)
媒体名(雑誌名等)	

取材目的	
取材希望日時	<input type="checkbox"/> 平成 29 年 6 月 2 日(金) : ~ : <input type="checkbox"/> 平成 29 年 6 月 3 日(土) : ~ : <input type="checkbox"/> 平成 29 年 6 月 4 日(日) : ~ :
取材方法	<input type="checkbox"/> 聴講のみ <input type="checkbox"/> 写真撮影 <input type="checkbox"/> 録音 <input type="checkbox"/> インタビュー <input type="checkbox"/> その他()
取材予定セッション	
取材対象者 (聴講のみの場合は記載不要)	
取材結果の放映、紙面掲載 の予定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「あり」の場合、放映番組・放映予定日、掲載紙名・掲載予定日を記載くだ さい。()
その他要望等	

以上の通り取材の許可につき申請いたします。

平成 年 月 日

申請者