

申請日： 年 月 日

【画像提供・取材許可申請書】

神奈川県歯科医師会
・ 歯の博物館 館長 殿

(申請者)
会社名
代表者 ㊟
住 所
電 話

神奈川県歯科医師会・歯の博物館からの画像提供・取材について許可願いたく、下記の内容のとおり申請をいたします。

依 頼 の 内 容	①画像提供 ②取材 ③画像再利用
目 的	

『画像提供の場合』

画 像 提 供 方 法	①来館して撮影 ②画像送信 ③再使用
希 望 画 像	

『来館して撮影及び取材の場合』

撮影及び	第 1 希望：令和 年 月 日 () 午後・午前 時 分～ 人数 名
取材日時	第 2 希望：令和 年 月 日 () 午後・午前 時 分～ 人数 名

『利用方法』

掲載媒体・内容	紙媒体の 場合	・ 掲載名： ・ 掲載内容： ・ 発行部数： 部
	放映・ 配信等 の場合	・ 放映、配信名 ： ・ 放映、配信内容： ・ 放映日、配信期間： 年 月 日～ 月 日

『その他』

担当者連絡先	氏 名	
	会社名	
	電話又は携帯電話	
	E-mail	
その他特記事項	*企画書等の資料を添付してください。	