

申請日： 年 月 日

【画像提供・取材許可申請書】

公益社団法人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

印

住 所

電 話

公益社団法人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 取材日時	第1希望：令和 年 月 日() 午後・午前 時 分～ 人数 名
	第2希望：令和 年 月 日() 午後・午前 時 分～ 人数 名

『その他』

掲載媒体・内容		
発 行 部 数	部	
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。	