

取材申込書

20 年 月 日

長野県立こども病院長 様

会社名		
部署名		
担当者名		
住所	〒	
TEL/FAX		
E-mail		

取材目的：

媒体名：

取材希望日：

取材日数：

所要時間：

スタッフ数：

その他：

備考：

申込先
長野県立こども病院事務部総務課総務係
TEL 0263-73-6700
FAX 0263-73-5432
E-mail kodomo@pref-nagano-hosp.jp

