

平成 年 月 日

施設取材申し込み書

有限会社 メディカ 宛

FAX 089-907-4058

ご施設の種類	特別養護老人ホーム グループホーム 有料老人ホーム デイサービス(通所介護)	老人保健施設 ケアハウス 介護付高齢者住宅 デイケア(通所リハビリ)
ご施設名		
ご住所	〒	
電話番号		
FAX番号		
ご担当者名		
e-mailアドレス		
取材希望日時(第1希望日時)	平成 年 月 日 時～ 時頃	
取材希望日時(第2希望日時)	平成 年 月 日 時～ 時頃	
その他		

お申込受付後、ご担当者様にご連絡させていただきます。

取材時間は約30分～1時間を目安としております。

ご施設の写真を、撮影させていただきますが、お手元の写真を利用されても構いません。