

取材・撮影申請書

年 月 日記入

会社名					
部署名					
本件担当者名					
住所					
TEL		FAX			
緊急連絡先	(担当者携帯)				
E-mail					
目的・内容	※詳細に記載、もしくは企画書等を添付のこと				
媒体名(番組名)					
放送/発行予定日	年 月 日()		時間		
対応希望者	内諾の有無：				
	有 ・ 無 (どちらかに○をお願いします)				
取材等希望日	第一希望	年 月 日()		時間	
	第二希望	年 月 日()		時間	
所要時間					
撮影の有無	有 ・ 無 (どちらかに○をお願いします)				
	有の場合：撮影希望箇所など				
来院者数					
謝礼の有無	有 ・ 無 (どちらかに○をお願いします)				
備考					

◆当センターホームページへの掲載の可否および二次利用について(どちらかに○をお願いします)
 掲載可否： 可 ・ 否 二次利用： 可 ・ 否

◆注意事項

1. 患者さんやご家族などすべての来院者、および職員のプライバシーに十分配慮すること
2. 本取材で知り得た情報を当センターの許可なく別の用途へ使用しないこと
3. 診療の妨げにならないこと
4. 当センター職員の指示に従うこと(特に敷地内撮影時)
5. 放送日・掲載日・発行日等を事前に当センター担当者へ知らせること

◆お願い

後日、掲載誌や放送映像DVDなど成果物の提供をお願いいたします。