

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: 撮影種類、撮影希望箇所など記載	
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. 当センターにて内容確認を行うため、公表前に記事・映像等のデータ提出をすること
6. 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。(取材対応者と広報分)