

令和 年 月 日

社 名：  
取材責任者職氏名： 印  
連 絡 先：TEL  
FAX

## 撮影・取材申込書

貴病院の\_\_\_\_\_について、下記の要領で撮影・取材をしたいので申し込みます。  
なお、撮影・取材に際しては、下記の注意事項を遵守するほか、貴病院の指示に従います。

## 記

1. 希望日時：令和 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分
2. 院内立入者：氏名 他 名
3. 目的（詳細）：

4. 内容：

5. 場所：

6. 掲載・放送・出版予定日：

7. 注意事項

- ①取材目的・内容は、教育、研究又は医療に関するものであること。
- ②患者の撮影・取材は、事前の同意無しには行わないこと。  
また、患者のプライバシーの侵害となるような撮影・取材は行わないこと。
- ③診療環境を損なったり、患者に心理的影響を及ぼすようなことは行わないこと。
- ④撮影・取材を理由に通行路を遮断するなど、業務の支障になることはしないこと。
- ⑤事故防止のため、当院の電力は使用しないこと。
- ⑥取材活動に当たっては、自社の腕章を着用すること。
- ⑦感染防止のため、発熱、咳等の症状がある場合には撮影・取材を行わないこと。
- ⑧その他
  - ・当院職員の指示に従うこと。
  - ・出版物の場合は一部提供願います。（高価な出版物は、抜き刷りで結構です。）