

参 与	学 部 長	病 院 長	事 務 部 長	総 務 課 長	総 務 課 副 課 長	庶 務 担 当 係 長	秘 書 室

平成 年 月 日

山形大学医学部長 殿  
山形大学医学部附属病院長  
(FAX 023-628-5019)

社 名 :

取材責任者職氏名 : 印

連 絡 先 : TEL ( ) -

FAX ( ) -

## 撮 影 ・ 取 材 申 込 書

貴学部・病院の \_\_\_\_\_ に対して、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、貴学部・病院の指示に  
従います。

### 記

- 希望日時：平成 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分
- 目的(詳細)：
- 内 容：
- 場 所：
- 掲載・放送・出版予定日：

#### (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取材の内容及び要旨等を公表する前に、本学部・病院の承諾を得ること。
- ③患者の撮影・取材は、事前の同意な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。
- ④診察環境を損なったり、患者に心理的影響を及ぼすようなことは行わないこと。
- ⑤撮影・取材を理由に通路を遮断など業務の支障になることはしないこと。
- ⑥事故防止のため、本学部・病院の電力は使用しないこと。
- ⑦取材活動にあたっては、自社の腕章を着用すること。
- ⑧その他 ・本学部・病院職員の指示に従うこと。  
・出版物等を一部提供すること。(高価な出版物は、抜き刷りでも可)