|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院長 | 事務長 | 担当所属長 | 庶務課長 | 担当 |
|  |  |  |  |  |

病院記載欄

　　　年　　　月　　　日

**撮影及び取材許可申請書**

八雲総合病院長　殿

会社名

代表者

申請者　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　住所

連絡先

貴院におきまして、撮影・取材について下記のとおり申し込みます。

なお、撮影におきまして、当院の指示に従い撮影許可条件を遵守致します。

(記)

|  |
| --- |
| ①撮影・取材目的・内容等(個人の私的な目的・事業者による取材目的による番組名・放送日程などを記入して下さい) |
| ②撮影・取材日時　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　：　　　　～　　　　：　　 |
| ③撮影・取材場所 |
| ④撮影機材等 |
| ⑤責任者 |

【　撮影許可条件　】

　(1)　取材又は撮影したフィルムやデータは、申請書に記載した目的以外には使用しないで下さい。

(2) 病院内での撮影にあたっては、承諾のない患者様や職員の顔が写らないようにして下さい。

(3)　患者様や職員の個人情報やプライバシーを侵害する情報の撮影はしないで下さい。

問い合わせ・提出先：八雲総合病院庶務課

　　　　　　　　　　TEL(0137)63-2185　　FAX(0137)62-2753

E-mail：info@hosp.town.yakumo.hokkaido.jp