様式１

令和　　年　　月　　日

　　岡山大学病院長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　 事　業　所　名

　　　　　　　　　責任者職・氏名　　　　　　　　　　　　　印

（記名押印もしくは自署）

　連絡先　ＴＥＬ　　－　　　－

 　E-mail

取材・撮影申請書

　下記の取材・撮影について，裏面の許可条件を遵守しますので，許可方よろしくお願いします。

記

　１　目的等

　　　　　（各日時について，確定前でも提出時にわかる範囲で必ず記入すること。）

　　○　新聞等掲載予定日 　　令和　　年　　月　　日（　）

　　○　番組名

放送予定日時　　令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　：

　２　取材・撮影内容（患者を撮影する場合はその旨を必ず記入すること。）

　３　取材希望部署・対象者

部署名　　　　　　　　　　　　対象者

４　取材日時 　　令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　：

５　取材時の責任者等

取材要員　責任者（役職　　　　・氏名　　　　　），総員　　名　連絡先

６　使用機材

■■本件担当　岡山大学病院企画・広報課　E-mail ouｈinfo@adm.okayama-u.ac.jp

TEL086-235-6749

FAX086-235-7636

許可条件

１　本院における教育・研究・診療・その他の業務に支障のないようにすること。

２　患者（取材対象者以外も含む。）のプライバシー侵害，心理的影響を及ぼすことのないようにすること。

３　次の事項については，原則として許可しない。ただし，本院が別途承認を行った場合はこの限りではない。

　　　➀　入院棟，待合，診察室，病室，廊下での取材・撮影

　　　②　診療行為中の取材・撮影

　　　➂　手術室の取材・撮影

　　　④　レシピエントへの取材・撮影

⑤　ドナーとその家族及び関係者への取材・撮影

⑥　患者とその家族への取材・撮影

4　許可事項に違反した場合は，番組（記事）制作会社，放送会社ともに，原則，以後一切の取材・撮影は許可しない。

5　取材・撮影を行う者は，社章又は名札を着用すること。

6　その他，本院関係者の指示に従うこと。