様式１

　　年　　月　　日

　　岡山大学病院長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　 事　業　所　名

　　　　　　　　　責任者職・氏名

　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

※該当する□にチェックを入れてください。

　１　目的等

□　出版物（新聞，雑誌等），WEB記事などに掲載

□　番組で放送（テレビ，ラジオ、インターネット等）

□　その他：

　２　発表媒体情報

　　　（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。）

掲載誌名／放送番組名等：

発表予定日：　　　年　　月　　日（　）

放送時間帯：　　　：　　　～　　　：

　　　　□ 現状未定

　３　取材・撮影内容（診察の様子など患者を撮影する場合はその旨を必ず記入すること。）

　４　取材希望部署・対象者（対象者が不明な場合は記入不要です。）

部署名　　　　　　　　　　　　対象者

５　取材日時 　　　　　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　：

取材方法　　□ 対面（取材場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□ オンライン　　□ 電話

取材対象者の内諾　　□ あり（日程調整：□　済　□　未）　　□ なし

６　取材時の責任者等

役職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　計　　　名

責任者連絡先：

７　使用機材　□ スチールカメラ　　□ テレビカメラ　　□ スマートフォン

□ ペン取材のみ　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

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。