

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、許可方よろしくをお願いします。

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。
 - ① 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
 - ③ 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。