

取材・撮影申請書

年 月 日 記入

会社名					
部署名					
本件担当者名					
住所					
TEL		FAX			
緊急連絡先	(担当者携帯)				
E-mail					
目的・内容	※企画書を別途添付いただく場合は記載不要です。				
媒体名(番組名)					
放送/発行予定日	年 月 日 ( )		時間		
取材等希望日	第一希望	年 月 日 ( )		時間	
	第二希望	年 月 日 ( )		時間	
所要時間					
撮影の有無	有 ・ 無 (どちらかに○をお願いします)		有の場合：撮影種類、撮影希望箇所など記載		
来院者数					
謝礼の有無	有 ・ 無 (どちらかに○をお願いします)				
備考					

◆当法人ホームページへの掲載の可否について (どちらかに○をお願いします)

掲載可否： 可 ・ 否

◆下記の規約にご同意の上、チェックを入れ、取材申込をお願い申し上げます。

1. 患者さんやご家族などすべての来院者、および職員のプライバシーに十分配慮してください。
2. 本取材で知り得た情報を当法人の許可なく別の用途へ使用されないようお願いいたします。
3. 診療の妨げになることはお控えください。
4. 敷地内撮影時は、当法人職員の指示に従っていただきます。
5. 放送日・掲載日・発行日等を事前に当法人担当者へお知らせください。

以上5点に同意致します。

◆お願い

後日、掲載誌や放送映像DVDなど成果物のご提供をお願いいたします。