　 年　　月　　日

長崎大学病院長

事業所名:

所　　属:

担当者名:

連 絡 先：

Ｅメール：

　貴院での取材・撮影について、下記のとおり申し込みます。

　なお、取材・撮影にあたっては総務課（広報・評価）の指示に従い、下記の取材条件を遵守します。

記

①　番組・掲載誌等の名称

②　放送・掲載予定日（時）

③　取材・撮影の目的（具体的に記入してください）

④　取材の方法

　　□面会（インタビュー）　　□電話　　　□オンライン　　　□その他（　　　　　　　）

⑤　取材・撮影の対象

⑥　撮影の有無

　　　□撮影なし　　　□撮影あり［　□テレビカメラ　　　□スチールカメラ　］

⑦　取材・撮影の希望日時

　 　　　年　　月　　日　　　時　　分から 　　　年　　月　　日 　　時　　分まで

⑧　取材・撮影の希望場所

【　取材条件　】

1. 本院での取材・撮影に関しては本申込書を記入し、長崎大学病院総務課（広報・評価）に事前に提出すること。
2. 企画書などがあれば添付すること。

　　３．本院敷地内での取材中は、交付されたプレス用「入館許可証」を必ず携帯すること。

４．医療現場の規律を乱さず、診療や教育、研究などの活動を妨げないようにすること。

　　５．患者さんのプライバシーを侵害しないこと。

　　６．取材・撮影に直接関わらない人をみだりに撮影しないこと。

　　７．本院の電力などを無断で使用しないこと。

　　８．この取材条件を遵守していないと総務課（広報・評価）判断された場合は直ちに取材・撮影を中止すること。