

岐阜大学医学部附属病院長 殿

取材・撮影申込書

年 月 日

取材・撮影の目的	
取材・撮影内容及び場所 (取材・撮影対象者)	
取材・撮影(希望)日時	年 月 日() 時 分～ 時 分
取材・撮影担当者氏名 *責任者に○を付すこと	計 名
使用する機材	
そ の 他	
放映番組／掲載誌名	(掲載誌が発行された場合は、1部送付願います。)
放映予定日／発売予定日	年 月 日() 時 分～ 時 分
貴社Web上での公開の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり URL:
本院職員への謝金の有無	<input type="checkbox"/> 有(円) <input type="checkbox"/> 無 (本院職員が、他の団体等から報酬を得る場合には、就業規則により学長の許可が必要です。)
取材内容の 本院における2次利用	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 応相談

※取材等終了後における編集・校正等に係る謝金が発生する場合の兼業手続きについては、本申込書により処理します。

ただし、内容によっては医学系研究科・医学部人事係から連絡させていただく場合がありますので、ご了承願います。

取材により取得した個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき適切に取り扱います。

特に院内で撮影した映像に患者さんまたはそのご家族あるいはその方々に関するデータ等が撮影されている場合には、個人が特定されることのないよう配慮したうえで放映または掲載することとします。

取得した情報は、上記の目的以外には利用しません。

上記事項を遵守の上、取材・撮影を行いますので、ご承認くださいますようお願いいたします。

会社名

印

所在地

電話／FAX

担当者名

担当：岐阜大学医学部附属病院総務課総務係

〒501-1194 岐阜市柳戸1番1

Tel: 058-230-6025

Fax: 058-230-6080

E-Mail: gjha01005@jim.gifu-u.ac.jp