

令和 年 月 日

宮崎大学医学部附属病院長 殿

取材責任者 実際取材に来られる代表者の方をご記入ください  
(所属・役職)  
(氏 名)  
(連絡先)  
TEL :  
Email :

撮 影 ・ 取 材 許 可 願

貴院の \_\_\_\_\_ 様 に対して、下記の要領で撮影・取材をしたいので  
ご許可くださるようお願い申し上げます。

なお、撮影・取材に際しては下記の注意事項のほか、貴院の指示を遵守致します。

記

1. 日 時：令和 年 月 日 時 ～ 時  
希望日時を記入する場合は、取材にかかる所要時間を必ずご記入ください
2. 目的（詳細）：撮影の場所・目的、取材の方法、質問内容について詳しくご記入ください
3. 同行者名：
4. 掲載誌名又は掲載・放送予定日：

(注意事項)

1. 研究又は教育に関するものであること。
2. 患者のプライバシーの侵害となるような撮影・取材は行わないこと。
3. 診療環境を損なう等、患者に心理的影響を及ぼすことのないようにすること。
4. 撮影・取材を理由に通行の遮断をしないこと。
5. 事故防止のため本院の電力を使用しないこと。
6. 患者さんから取材に関し苦情等があった場合は、取材等の許可に関わらず、本院から指示があるまで報道・公表等を自粛願うことがあること。
7. その他
  - ①係員の指示に従うこと。
  - ②出版物等を一部提供すること。（高価な出版物は、抜刷りでも可）