

東京医科歯科大学附属病院内撮影申込書

撮影希望場所	〇〇科診察室
撮影希望対象 (該当するものにチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 当院教職員（医師・看護師・技師等） <input type="checkbox"/> 当院の患者 <input checked="" type="checkbox"/> 番組出演者・協力者 <input type="checkbox"/> 特定の人物を撮影対象とはしない
撮影希望内容	診療風景
撮影スタッフ人数	4名
持ち込み機材	カメラ・照明・マイク
撮影所要時間	1時間30分 ※ 取材所要時間（準備時間を含む）が3時間を超える場合には取材をお断りする場合や内容の変更をお願いする場合がございます。

(以下、広報課記載欄)

撮影スケジュール	月 日 ()
----------	---------

医学部附属病院・歯学部附属病院取材時における注意事項

1. 患者情報に関するお問い合わせには一切応じられません。
2. 原則として、患者さんへの取材・撮影はお断りしています。
3. 以下については、原則として取材をお断りしています。
 - ◆ 当院に関係しない一般的な医学・医療の知識に関するもの
 - ◆ 医療機器等を医療目的外で使用するもの
 - ◆ 患者さんをはじめとする来院者のプライバシーを侵害したり、心理的影響を及ぼしたりする恐れがあるもの