別紙様式２

令和　　年　　月　　日

東京医科歯科大学附属病院内撮影申込書

|  |  |
| --- | --- |
| **撮影希望場所** |  |
| **撮影希望対象****（該当するものにチェック）** | [ ] 　当院教職員（医師・看護師・技師等）[ ] 　当院の患者[ ] 　番組出演者・協力者[ ] 　特定の人物を撮影対象とはしない |
| **撮影希望内容** |  |
| **撮影スタッフ人数** |  |
| **持ち込み機材** |  |
| **撮影所要時間** | 　　　時間　　　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