

20××年 4月 1日

## 東京医科歯科大学取材等申込書

下記により東京医科歯科大学に取材を申し込みます。

取 材 対 象	専門分野等 ○○○○分野 対象者名 ○○ ○○先生
取 材 テ ー マ	○○○○○○○○について
取 材 内 容 (趣旨・質問事項などの詳細)	○○○の身近な予防法 Q1、○○○○○○○○○○
媒 体 の 詳 細	放送局・新聞社・出版社などの名称 ○○テレビ 番組・新聞・雑誌・サイトなどの名称 ニュース○○ 放送や掲載の予定日・時期(分かる範囲で可) 20××年×月×日(△)×時～×時
取 材 所 要 時 間	1 時間 00 分
取 材 希 望 日 時 ・ 時 期	第一希望 20××年×月×日(△)×時～×時 第二希望 第三希望 ×月上旬までのいずれか ----- 特定の日時を指定しない場合の取材希望期間
取 材 希 望 場 所	オンライン取材
来 学 者 数	名

取材にあたっては下記事項を遵守し、貴学の指示に従います。

(内容を確認の上、チェックをお願いします)

- 特定の商品・サービスを宣伝する目的で、許可なく東京医科歯科大学及び東京医科歯科大学の役員・教職員・学生の名称を使用しないでください。
- 発言部分等については、本人に確認の上、正確を期した報道をお願いいたします。
- 掲載／放送予定日が確定しましたら、広報までご連絡をお願いいたします。
- 掲載／放送終了後に、掲載された出版物や動画データ（番組 DVD 又は動画ファイル）を一部ご送付お願い申し上げます。
- 取材・撮影終了後は原状回復を行い、万が一東京医科歯科大学の施設等を滅失、損傷又は汚損したときは、その損害を弁償していただきます。
- 取材に関係がない患者・通行人等の顔画像・個人情報は個人が特定できないように十分なお配慮をお願いいたします。
- 取材画像および映像・音声等を二次利用を希望される場合は必ず広報までご相談ください。

**取材者** ※必ず記載願います。

会社名	株式会社〇〇〇〇
会社住所	〒×××-×××× 東京都〇〇区〇〇××××
部署名	制作部
役職・職名	ディレクター
氏名	〇〇 〇〇
電話番号	03-××××-××××
携帯電話番号	080-××××-××××
メールアドレス	abcd@xyz.co.jp
通信欄	

### 取材に際してのお願い

1. 本学の学術研究・医療活動の専門知識に関する取材については、本学教職員の学術的な見解を尊重していただきますようお願い申し上げます。
2. 長時間の取材は短縮のお願いをすることがございます。
3. その他、遵守事項に記載されている事項にご留意ください。