別紙様式１

　　年　　月　　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**  **対象者名** |
| **取材テーマ** |  |
| **取材内容**  （趣旨・質問事項などの詳細） |  |
| **媒体の詳細** | **放送局・新聞社・出版社などの名称**  **番組・新聞・雑誌・サイトなどの名称**  **放送や掲載の予定日・時期（分かる範囲で可）** |
| **取材所要時間** | 時間　　　分 |
| **取材希望日時・時期** | **第一希望 　　　年　　　月　　　日　（　　曜日）**  **第二希望　 　　 年　　　月　　　日　（　　曜日）**  **第三希望 　　　 年　　　月　　　日　（　　曜日）** |
| **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** |  |
| **来学者数** | 名 |
| **備　 考** |  |

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。

（承諾できない事項がありましたら、事前にお問い合わせください）

・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

・発言部分等については、大学広報を通じて被取材者に確認の上、正確を期した報道をする

・掲載／放送予定日が確定したら、広報まで連絡をする

・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

送付のうえ、学内での実績としての保管及び大学における活動の範囲内での使用を許諾する

・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、その損害を弁償する

・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に配

慮する

・取材画像および映像・音声等の二次利用を希望する場合は、必ず広報に事前確認をする

**取材者**

|  |  |
| --- | --- |
| **会社名** |  |
| **会社住所** |  |
| **部署名** |  |
| **役職・職名** |  |
| **氏名** |  |
| **電話番号** |  |
| **携帯電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **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場合がございます。
3. 取材において報酬が発生する場合、備考にその旨を記載してください。
4. 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。