年　　月　　日

恩賜財団済生会横浜市東部病院

院長　三角隆彦　殿

**取材許可申請書**

次のとおり申請しますので、ご検討ください。なお、許可いただいたうえは、別紙の注意事項確認書を順守し、撮影作業中の安全確保に万全を期します。また、不測の事態が発生した場合および施設・設備等を破損した場合は、申請代表者が一切の責任を負うものとします。

申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 会社名 |  |
| 代表者名 |  |
| 取材責任者名 |  |
| 電話 |  |
| E-mail |  |

取材内容

|  |  |
| --- | --- |
| 媒体名 |  |
| 掲載・放映日時 |  |
| 概要 |  |
| 取材対象者 |  |
| 問い合わせ内容 |  |
| 別紙資料の有無 | 有　・　無  ※ある場合は添付して送付ください。 |
| 取材予定日  （可能なら複数） | 1. 年 　月 　日　　　00：00～00：00 2. 年 　 月 　日　　　00：00～00：00 3. 年 　月　 日　　　00：00～00：00 |
| 取材予定場所 |  |
| 謝礼の有無 | 有（　　　　　　　円　）　・　無 |
| 来院人数 |  |
| 掲載内容の事前確認 | 可　・　否 |
| 掲載記事等の転載可否 |  |
| 可能な場合の転載場所 | WEBサイト ／ イントラネット ／　広報誌 |

**注意事項確認書**

1. 取材に関しては、診療の妨げや患者さんならびに患者さんご家族など来院者および職員のプライバシーに十分ご配慮ください。
2. 当院の建物・設備・機器等を破損せぬよう十分ご注意ください。また、取材後は速やかに原状復帰をお願いいたします。
3. 取材目的以外で知りえた個人情報や当院に関する情報等の漏えいは固く禁じます。
4. 取材で得られた情報は、当院の許可なく本申請の目的以外に使用しないでください。
5. ご来院の際は、腕章または名札等の着用をお願いいたします。
6. 放送日・掲載日の事前通知にご協力願います。
7. 後日、成果物（放映・掲載データ、出版物等）のご提供を下記までお願い申し上げます。
8. その他、取材にあたっては当院担当者の指示に従ってくだい。

＜お問い合わせ先＞

済生会横浜市東部病院｜広報推進室

〒230-8765　横浜市鶴見区下末吉3-6-1

TEL：045-576-3000(代表)

　MAIL：koho@tobu.saiseikai.or.jp

（以下、法人使用欄）

■取材決定日時　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　時　～　　時

■特記事項