

申込日 令和 年 月 日

高知赤十字病院 医療事業・広報課 宛

## 取材申込書

申込者	会社名			担当者名	
	所在地	〒			
	TEL		FAX		E-mail

内容					
取材対象者					
日時	平成	年	月	日 ( )	時 分 ~ 時 分
場所					
方法	インタビュー ・ 写真撮影 ・ VTR 撮影 ・ その他 ( )				
取材クルー	名 (内訳 )				
報道の有無	有 (有の場合、下記へ記入) ・ 無 ・ 未定				
	<input type="checkbox"/> 新聞掲載 <input type="checkbox"/> テレビ放映 <input type="checkbox"/> ラジオ放送 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	番組タイトル				
	報道日時	平成	年	月	日 ( )

## 【取材時の注意事項】

- ①患者さん等のプライバシー保護に細心の注意を払い、取材にあたること。
- ②取材を許可した場合でも、医療安全および個人情報保護の観点から、取材方法や場所、時間について変更又は制限を設ける場合があること。
- ③取材上知り得た個人情報等について、当院の許可なく第三者に漏洩してはならないこと。
- ④取材中は、予め打ち合わせた内容に準じて当院の指示に従い行動すること。
- ⑤取材にあたり何らかの問題が生じた場合、申込者が一切の責任を負うこと。

## 取材許可書

<input type="checkbox"/> 許可	<input type="checkbox"/> 不許可 (理由 )
上記に係る取材を許可します。	
平成	年 月 日
高知赤十字病院長	