FAX　088-871-3617

申込日　平成　　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 |
| □新聞掲載　　□テレビ放映　　□ラジオ放送　　□その他（　　　　　　） |
| 番組タイトル |  |
| 報道日時　 | 平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 |

【 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**

|  |
| --- |
| * 許可　　　　□　　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　　　　 |