

撮影・取材 許可申請書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構  
東京医療センター 院長 殿

社 名

責任者（役職・氏名） 印  
申請者（役職・氏名） 印

この度、貴院において下記のとおり（撮影・取材）を行いたいのでご許可くださるよう申請します。なお、（撮影・取材）にあたっては、貴院の指示に従い、許可条件を厳守し、使用した施設、器物等は現状に回復いたします。また、使用電気料等の経費については、当日精算いたします。

記

1 取材担当者 連絡先（ ）

2 撮影・取材日時 令和 年 月 日（曜日）  
時 分～ 時 分まで

3 撮影・取材目的  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

※撮影する場合の注意事項  
プライバシーを考慮し、院内の患者さんが写らないようにすること。なお、取材対象としている患者さんを撮影する場合には、あらかじめ書面で同意を得ること。

4 対応者 (部署)  
(東京医療センターの職員) (職名) (氏名)

5 番組・掲載紙等

6 放送・掲載予定 令和 年 月 日（曜日）  
時 分～ 時 分まで

※放送・掲載日から概ね1週間以内に記事等（内容がわかるもの）を庶務係へ提出願います。

7 報酬の有無 有 ・ 無

(以下は当院が記載)  
8 撮影・取材条件  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_