

取材・撮影許可申請書

令和 年 月 日

国立病院機構新潟病院 院長 佐藤 晶 殿

社 名
住 所
申請者 氏 名
電話番号

下記のとおり取材・撮影したいので、許可いただきますよう申請します。

取材・撮影日時	自：令和 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分 至：令和 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分		
取材・撮影場所		人 員	人
取材・撮影目的 及び撮影方法			
現場責任者		携帯電話	
放映（発行） 日 時	令和 年 月 日（ ） 時 分～ 分間 番組名、出版物名		
取材・撮影 許可条件	1） 院内の利用上のマナーを守ること。 2） 個人情報保護法及び著作権法上の問題は、すべて申請者がその責を負うこと。 3） 撮影に際しては、建物・展示物に損害を与えないよう、また、入院、外来患者 及び職員等に迷惑を及ぼさないように注意し、施設管理者の指示に従うこと。 4） 撮影等が原因で施設、備品等への損害を生じた場合や、撮影に係る事故等が 生じた場合は、申請者の責任により対処すること。		

取材・撮影許可書

上記のとおり許可します。

令和 年 月 日

国立病院機構新潟病院 院長 佐藤 晶 印

【照会先】 国立病院機構新潟病院 事務部 管理課長
TEL0257-22-2126 FAX0257-24-9812
225-kanrikacyou@mail.hosp.go.jp