取材依頼書

　　年　　月　　日

千葉大学医学部附属病院長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

担当者名

職　　名

電　　話

E-mail

下記のとおり，取材・撮影を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１．目的・企画趣旨

２．取材希望日時　　　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分

３．取材希望部署・対応者

４．取材希望場所

５．取材方法・撮影内容（〇〇の様子など）

６．取材体制

来院人数　　　　人　／乗用車（　　　）台　マイクロバス（　　　）台

７．掲載・放映予定　　　　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分

８．取材のきっかけ（〇〇で知った、など）

９．取材謝礼金（　有　：　　　　　　　円）　・　（　無　）

　　※謝礼金が発生する場合は「兼業申請書」のご提出が必要になります。

１０．その他連絡事項

注意事項

１．患者さんのプライバシーに十分ご配慮ください。

２．患者さんに心理的・身体的影響を及ぼすことのないよう十分にご配慮ください。

３．病院業務に支障をきたさぬようご留意ください。

４．事故防止のため，本院の電力を使用する場合はあらかじめお申し出ください。

５．取材，撮影にあたっては，本院職員の指示に従ってください。

６．後日, 掲載誌・放送映像のＤＶＤをご提供ください。