

取材申込書

別紙2

地方独立行政法人 堺市立病院機構
(堺市立総合医療センター) 御中

		申請日	年 月 日
氏名		会社名・所属	
電話番号		メールアドレス	
住所			
取材対象者			
取材目的			
媒体名	☐ 新聞 ☐ 雑誌 ☐ テレビ ☐ ラジオ ☐ インターネット ☐ その他 ()		
写真・動画の撮影	☐ 無 ☐ 有 (撮影対象者・場所:)		
発行・放送予定日	年 月 日 (時 分 ~ 時 分)		
掲載記事の転載許可	☐ 当院ホームページ ☐ 院内イントラネット ☐ 院内掲示板 ☐ 当院広報誌		
取材に関しての謝礼	☐ 無 ☐ 有 (¥ (税込))		
取材希望日 (候補日を複数ご記入ください)			
取材所要時間	時 分	訪問スタッフ数	人
備考・特記事項			

下記に同意の上、取材申込をいたします。

- ①院内を撮影した場合、放映、掲載に際し、個人情報保護法のもと患者さんのプライバシーに配慮した撮影および処理を行います。
- ②公開後に生じたあらゆる問題は、その対応に誠意を持って臨みます。
- ③放映・掲載されたデータや出版物は一般的な閲覧ソフトで再生可能な電子データ（例：PDF、MP4等）として経営企画課宛にメール送付することを同意します。
- ④貴法人で撮影された映像、写真に関して、許可された目的以外に許可なく使用しません。
- ⑤貴法人から印刷物・映像等の発行・配信前に確認の申し出があった場合は、速やかに提示します。

会社名 _____ 印
責任者名 _____

回答までに一週間程度かかる場合がございますのでご了承ください。企画書等があれば併せてご提出ください。

【連絡先】
地方独立行政法人堺市立病院機構 法人本部 経営企画課
〒593-8304 大阪府堺市西区家原寺町1丁1番1号
Tel：072-272-9923（直通）Fax：072-272-9924

(事務確認欄)			☐ 許可	☐ 不許可
経営企画課長	係長	担当者		