報道取材申込書

　　年　　月　　日

　　国立大学法人 滋賀医科大学長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報道機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記のとおり取材を申し込みます。

記

取材日時： 　　年　　月　日（ 　 ）　　　時　　分～　　時　　分

取材場所：

取材方法： インタビュー ・ 写真撮影 ・ ＶＴＲ撮影 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

取材人員： （　　　）名

取材内容：

取材を受ける職員：

報道の有無：　　　有　・　未定（事前に放送日時・番組名を連絡願います）

　　　有りの場合

　　　　１）その方法　　□ 新聞　　□ テレビ　　□ その他（　　　　　　　　　）

　　　　２）タイトル

　　　　３）報道日時　　　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　時　　分

取材条件

①　撮影時、他の患者さん等の撮影は行わず、プライバシーの保護に細心の注意を払うこと。

②　撮影時、業務・授業の支障とならないよう細心の注意を払うこと。

③　逐一、大学の了解を得て取材及び撮影を行うこと。

④　本件取材において、何らかの問題が生じた場合、願出者が一切の責任を負うこと。

（以下の記入は不要です。）

|  |  |
| --- | --- |
| □　取材許可  □　取材不可　理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 取材許可書  上記依頼に係る取材を許可します。  国立大学法人 滋賀医科大学長  塩田　浩平　【公印省略】  特記事項： | 受付印欄 |
|  |