新潟大学医歯学総合病院長　殿

新潟大学医歯学総合病院見学・撮影・取材等　申請書

西暦　　　　　年　　　月　　　日

下記のとおり□見学・□撮影・□取材（該当にチェック）を行いたいので、

別紙の通り、

□同伴者一覧（様式2）

□各見学者等、同伴者の誓約書（様式3）

を取りそろえて申請します。

|  |
| --- |
| 申込者：  企業・機関・学校名等：  見学代表者氏名：  職　名：  ※2名以上の場合は別紙一覧を提出すること。 |
| 住所〒  メールアドレス  ＴＥＬ  当日連絡のとれる電話番号 |
| 撮影・取材を受ける（見学の場合はそれに対応する）本院職員の所属・職名・氏名  所属：　　　　　　　　　　　　職名：　　　　　　　　　氏名： |
| 見学・撮影・取材の日時　※午前の外来棟での撮影・取材は原則不可  西暦　　　　年　　　月　　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 見学・撮影・取材目的（内容）・場所  ※場所は全ての箇所を記入。病室での撮影・取材は原則不可  目的（内容）：  場所：  テレビ放送,雑誌掲載予定等の有無：有・無  有の場合　誌名・番組名・放送日時： |

【注意事項】

* 公益性が高く本院の理念に沿った場合に限って受け入れます。
* 集中治療部や手術部など特に衛生管理が必要な区域は原則として見学できません。診療区域の見学は、部署管理責任者および病院長の許可が必要になります。
* 見学・撮影・取材希望の２週間前までに申込書を提出願います。申請内容につき、病院から問い合わせをすることがあります。院内で慎重に審議の上、許可・不許可を連絡します。
* 見学等を希望する全員につき、別紙「病院見学・撮影・取材同伴者一覧」（様式2）に記入して下さい。
* 本申請書提出後に、見学等の希望者が流行性疾患（麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎、インフルエンザなど）に罹患したり、罹患者に濃厚接触した場合は、すみやかに病院総務課総務係にご連絡下さい。