

当院の取材をおこなう報道各位

取材規約書

下記の規約に同意の上、取材申し込みをいたします。

記

- ①2005年4月からの個人情報保護法のもと、院内を撮影した場合、放映、掲載に際し、患者さんのプライバシーに配慮し、患者さんの顔面にモザイク処理をおこないます。
- ②万一、読者や視聴者から誤解を招くことが生じた際には、その修正及び対応に誠意を持ってのぞみます。
- ③放映・掲載されたデータ(CD-R、DVD いずれの媒体でも可)、及び出版物を下記あて先に、**必ず下記担当に送付**することを同意いたします。
- ④放映・発刊日を(遅くとも)必ず前日までにお知らせいたします。
- ⑤貴院で撮影された映像、写真に関して、許可された目的以外に貴院の**許可なく**流用致しません。
- ⑥院内の撮影・取材の場合は、必要に応じて「聖路加国際病院 腕章」を着用します。

以上6点を約束いたします

署名： _____ 印

- 聖路加国際病院 広報室
- e-mail: stluke-pub_relations@luke.or.jp
- 〒104-8560 東京都中央区明石町9-1
- TEL : 03-5550-7168 (直通)
- FAX : 03-5550-6000

取材申込書

平成 年 月 日

聖路加国際病院 院長殿

会社名	
部署名	
責任者名	
担当者名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	

<取材目的>

<媒体名>

<発行・放送予定日>

<掲載記事等の転載可否> 可 ・ 否

<転載可能な場所> H P ・ イントラネット

<取材希望日>

<取材日数>

<所要時間>

<スタッフ数>

<その他>

<回答希望日>

備考

* 項目としてあげられているものは必ずご記入下さい。 * ご回答までに通常一週間程度かかりますのでご了承ください。