

撮影・録音許可申請書

令和 年 月 日

(申請先)奥州市総合水沢病院
病院長あて

(申請者)氏名:

住所:

電話番号:

(※許可が出ましたらご連絡します。)

次のとおり、撮影及び録音を行うことについて申請します。

希望日時	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分 ※わかる範囲で記載してください
利用目的	(患者氏名 ID)
撮影及び録音の内容	
撮影及び録音場所	

<撮影及び録音に関する注意事項>

- ・他の患者さん等からクレームがあり、許可を得ないで撮影及び録音をしたことが判明した場合は、フィルムやデータを消去願う事があります。
- ・撮影時に意図せず他の患者さん等が写り込む場合があります。誤解を招かぬよう撮影方向などには十分注意してください。
- ・許可を得て撮影及び録音したものであっても、他の患者さん又は職員が写った画像や録音については、第三者への開示を禁止します。
- ・撮影した画像や録音した音声をSNSなどインターネット等で第三者に公開したことにより問題が発生した場合は、投稿者の責任であり、当院は一切の責任を負いません。

<以下、病院記載欄>

医療安全管理委員長	主治医	科・課・師長	担当(医事係)	

許可年月日 令和 年 月 日