**撮影・録音許可申請書**

令和　　年　　月　　日

（申請先）佐久市立国保浅間総合病院

　　　　　病院長

（申請者）氏　　名：

会社名：

　　　　　電話番号：

以下の通り、撮影および録音を行うことについて申請します。

申請にあたっては、「録音・撮影に関する注意事項」について厳守することをお約束いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　　　　時　　　　分　～　　　　　時　　　　分　 |
| 診療科 |  |
| 撮影および録音の内容 | 1. 病状説明
2. 手術に関する説明
3. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 使用目的 |  |
| 撮影および録音の場所 | １、（　　　　　　　）外来　　２、（　　　　　　）病棟３、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

≪録音・撮影に関する注意事項≫

* 撮影・録音時は、他の患者さんや当院の職員等が映り込まない（音声がはいらない）よう、撮影方向などには十分注意してください。
* 撮影した画像や録音した音声をSNS等（Facebook・ブログ・Twitter・LINE・インスタグラム・掲示板等）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。
* 許可なく撮影や録音が判明した場合は、フィルムやデータの消去をお願いする場合があります。

【以下、病院記入欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 院長　 | 事務長 | 総務課長 | 医事政策課長 | 安全管理室 |
|  |  |  |  |  |