

(様式1)

撮影・録音許可申請書

令和 年 月 日

(申請先) 焼津市立総合病院
病院長 あて

(申請者) 氏 名 :
電話番号 :

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	
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>

- ◆ 当院では、原則として病院施設内での撮影及び録音を禁止しています。撮影及び録音をする場合は許可が必要となります。
- ◆ 他の患者様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様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、他の患者様又は職員が写った画像や他の患者様又は職員の音声記録された録音については、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。
- ◆ 診療記録（診療録、レントゲン等）に関しては診療情報の開示の手続き（有料となります）となるため、医事課まで申し出てください。

<以下、病院記載欄>

管理者	事務部長	病院施設課長	情報システム担当主幹	情報システム担当主査	情報システム担当