申込日 ： 年 月 日

提出先
国立大学法人旭川医科大学
総務課広報・社会連携係
E-mail：kouhou@asahikawa-med.ac.jp

取材/撮影申請・同意書

1. 申請者の情報

・社 名 等 ： ・取材申請者 氏名：

・電 話 番 号 ： ・E-mail：

・ 会社等所在地 ：

2. 取材目的及び取材対象者（具体的に記入してください。）

・取材目的 ：

・取材対象者：

・取材対象者への承諾状況（有・無）： （備考： ）

・取材対象者への謝礼金等（有・無）： （備考： ※謝礼「有」の場合は兼業になることがあります。 ）

3. 取材方法及び取材場所（取材/撮影時は、必ず取材対象者の了承を得て行ってください。）

・取材方法： ☐ インタビュー ☐ 写真撮影 ☐ ビデオ撮影 ☐ その他 （ ）

・取材場所：

4. 取材希望日時

年 月 日（ ）～ 月 日（ ） 時間 頃

5. 取材時の人数

取材申請者を含め 計 人

6. 出版/放送等予定

・出版/放送等媒体：

☐ 雑誌	☐ 新聞	☐ TV番組	☐ その他(Web配信等)
出版社名（ ）	新聞社名（ ）	放送局名（ ）	（ ）
雑誌名 （ ）	新聞名 （ ）	番組名 （ ）	

・出版/放送等予定日：
年 月 日（ ） ※TV番組の場合 頃から ※備考

☐ 取材/撮影にあたっては、貴学の指示に従い、下記の事項に同意します。（同意頂けない場合、取材を許可することは出来ません。）

1. 業務の妨げにならない範囲（日時・場所）で行い、申請外の取材/撮影は絶対に行わないこと。
2. 取材/撮影終了後は原状回復を行い、本学の施設等を滅失・損傷又は汚損したときは、その損害を弁償すること。
3. 取材に関係の無い、通行人・患者等の顔画像・個人情報は、個人が特定できないよう十分に配慮すること。
4. 身分証を携帯すること。また、報道関係者は腕章等を着用すること。
5. 本学の広報となると判断されるもの又は公共的なものであること。但し、次に該当すると判断されるものは認めない。

（1） 本学の品位を傷つけると判断されるもの。
（2） 本学を個人的な利益や営業目的に利用するもの。
（3） その他、教育機関としてふさわしくない内容を含むもの。

※申込みの結果については、内容を確認したうえ回答いたします。