

録音等許可申請書

年 月 日

日南市立中部病院 病院長 様

（申請者）住所 :

氏名等 :

連絡先電話番号 :

次のとおり、録音、録画、写真撮影等を行うことについて申請します。

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| 録音等日時<br>（予定）  |                           |
| 録音等の種別<br>及び場所 | （録音 ・ 録画 ・ 写真撮影 ・ その他（ ）） |
| 利用目的<br>及び内容   |                           |

●録音、録画、写真撮影等の注意事項

- ・撮影等の際に、他の患者さま等が入り込む場合等が想定されますが、誤解を招かないよう、撮影等の方向等に十分注意してください。  
※許可を得たものであっても、他の患者さまや職員等が入り込んだ画像等の無断使用はお断りします。
- ・他の患者さま等からのクレーム等により、当該データの消去を依頼する場合があります。
- ・録音等をSNS等で発信したことに伴うトラブル等については、投稿者の責任であり、当院では一切の責任を負いません。
- ・診療記録に関しては、診療情報開示手続きの対象となります。医事係にご相談ください。

～提出先 事務局総務管理係（電話 0987-27-1111、FAX 0987-27-2479）～

※記入しない

|      |    |    |    |    |
|------|----|----|----|----|
| （受付） | 局長 | 次長 | 係長 | 担当 |
|      |    |    |    |    |

（ 許可 ・ 不許可 ）

※許可条件等