

取材申込書

年 月 日

学校法人聖路加国際大学 理事長殿

会社名			
部署名			
責任者名		担当者名	
住所			
TEL		FAX	
E-mail			

<取材目的> (できるだけ詳しくお書きください。)

<取材部署> ※チェックしてください。	<input type="checkbox"/> 聖路加国際大学 部署名 ()	<input type="checkbox"/> 聖路加国際病院 部署名 ()
<取材対象者>		
<発行・放送予定日>		
<媒体名>		
<取材希望日> ※候補日を複数ご記入ください。	<取材日数>	
<所要時間>	<スタッフ数>	
<備考>		
<回答希望日>		

* 項目としてあげられているものは必ずご記入下さい。

* ご回答までに通常5稼働日程度かかりますのでご了承ください。

* 企画書等があれば合わせてご提出ください。

* FAXの送信後、必ず広報室にお電話ください。

* 動画データをお送りいただく際は、ファイル形式を「MP4」形式での提出をお願いします。

取材規約書

下記の規約に同意の上、取材申し込みをいたします。

記

- ①施設内を撮影した場合、放映・掲載に際して、プライバシーに配慮し、ご本人の許可がない場合はお顔にモザイク処理をおこないます。
- ②万一、読者や視聴者から誤解を招くことが生じた際には、その修正及び対応に誠意を持つてのぞみます。
- ③放映・掲載されたデータ（CD-R、DVD いずれの媒体でも可）及び出版物を、下記宛先に必ず送付いたします。
- ④放映・発刊日を事前に必ずお知らせいたします。
- ⑤貴施設で撮影した映像、写真に関して、貴施設の許可なく流用いたしません。
- ⑥貴施設の撮影・取材の場合は、必要に応じて貴施設が指定する腕章を着用します。

以上 6点に同意いたします。

署名： _____ **印**

※担当者の方の署名で構いません。

<チェック欄>※以下、ご承諾いただける場合はチェックをしてください。

- 本取材の掲載媒体、発行・放送日時、内容の概要等を聖路加国際大学広報室より情報発信（HP、SNS等含む）することについて承諾いたします。

学校法人聖路加国際大学 広報室 〒104-0045 東京都中央区築地 3-8-5 TEL : 03-6226-6366 FAX : 03-6226-6376 e-mail:pr@luke.ac.jp
