別紙

年　　月　　日

鳥取大学医学部及び医学部附属病院における撮影許可申請書

鳥取大学医学部長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　 申請者（法人その他の団体にあってはこの申請書にかかる責任者）

　　　　　　　　 　　住　所：

　　　　　　　　　　　　 団体名：

　　　　　　　　　　　　 役　職：

　　　　　　　　　　　　 氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　（連絡先が上記以外の場合は、連絡担当者の氏名・電話番号等）

　　　　　　　　　　　　 連絡先：

貴大学で撮影いたしたく、下記の通り申込みます。

記

１．撮影目的：

２．撮影日時　　　年　　月　　日（　　）時　　～　　　年　　月　　日（　　）時

３．撮影参加人数　スタッフ　　名　出演者　　名　　　車　　台

４．撮影使用場所

　・

　・

５．添付書類

　・有　　　・無　　いずれかに○をしてください。

６．備考

７．誓約事項（内容をご確認の上、□にチェックをお願いします。）

　□撮影にあたっては下記事項を遵守し、貴学の指示に従います。

１）貴学の品位を傷つける内容は含みません。

　　２）貴学を個人的な利益や営利目的に利用するものではありません。

　　３）貴学の教育・研究・診療の妨げになる行為、付近住民へ迷惑を掛ける行為は行いません。

　　４）貴学学生、教職員の権利を侵害することのないよう充分配慮します。

　　５）使用後は、現状に復すこととし、貴学の施設等を滅失、損傷、又は汚損したときは、その損害を弁償します。

　　６）使用中に生じた事故・トラブル等については、その一切の責任を取ります。

注）申請書に記載する情報は、鳥取大学医学部及び医学部附属病院における撮影許可手続き、連絡のために利用するもので、これ以外の目的で利用又は他に提供することはありません。