

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つ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。