**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。 | **☐聖路加国際大学****部署名（　　　　　　　　　　　　）** | **☐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、必ず広報課にお電話ください。**

**＊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。**

**学校法人聖路加国際大学　理事長殿**

**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ってのぞみます。

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。

⑦取材元または掲載元の公表内容に基づき、取材の事実、掲載（放送）媒体名、掲載（放送）日等を貴施設より情報発信することについて承諾いたします。

以上　７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。**

学校法人聖路加国際大学 法人事務局 広報課

〒104-0044　東京都中央区明石町10-1

TEL: 03-6226-6366

FAX: 03-6226-6376

Email: pr@luke.ac.jp