

撮影申請書

令和 XX 年 XX 月 XX 日

一般社団法人 日本医学教育評価機構
理事長 寺野 彰 殿

申請者は学長または
医学部長等とし、公印
捺印の上、提出。

申請者

住 所： 東京都文京区湯島 X-X-XX

大学名： ●●大学

役職名： 医学部長

氏 名： ●● ●●

連絡担当者

所 属： ●●部 ●●課

氏 名： ●● ●●

電話番号： 03-XXXX-XXXX

部 学 ●
長 医 ●
之 学 大
印

印

下記のとおり、医学教育分野別評価に関する実地調査にて撮影いたしたく申請します。

記

1. 撮影目的： 記録、広報

撮影目的は、必ず記入。

2. 撮影日

令和 XX 年 XX 月 XX 日（火）～令和 XX 年 XX 月 XX 日（金）

3. 撮影の種別（該当するものに☑とする）

ビデオ撮影（開会式、閉会式のみ）

カメラ撮影（開会式、全体説明、領域別検討会議、見学时、閉会式のみ）

以上

選択して、チェックを入れる。

注）申請書に記載する情報は、医学教育分野別評価に関する実地調査の撮影許可手続き、連絡のための
目的で利用するもので、これ以外の目的で利用または他に提供することはありません。

撮影誓約書

令和 XX 年 XX 月 XX 日

一般社団法人 日本医学教育評価機構
理事長 寺 野 彰 殿

申請者は学長または
医学部長等とし、公印
捺印の上、提出。

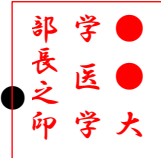
申請者

住 所： 東京都文京区湯島 X-X-XX

大学名： ●●大学

役職名： 医学部長

氏 名： ●● ●●



⑤

医学教育分野別評価に関する実地調査撮影のため、下記事項を遵守し指示に従います。

記

1. ビデオ撮影は開会式、閉会式のみとします。
2. カメラ撮影は開会式、全体説明、領域別検討会議、見学时、閉会式のみとし、評価チーム打合せ会議や面談中には撮影しません。
3. 領域別検討会議でのカメラ撮影は、開始後 5 分までとし、質疑が開始されたら撮影しません。
4. 撮影した映像や写真等のデータは記録用として本学内で保管し、取扱いには厳重に注意します。
5. 撮影した映像や写真等を広報等に使用する場合は、掲載内容等について機構からの承諾を得た上で使用します。
6. 申請した目的以外で使用することはありません。
7. 評価チームの中で 1 人でも撮影不可希望があった場合には、撮影は受審大学側に向けて実施し、評価チーム側は個人が特定されないように撮影します。

以上

内容を確認の上、撮影の準備
等をしてください。