**総合医学教育センター ビデオ撮影依頼**

申請書

 提出日 年 月 日

依頼責任者

 所属

 氏名 印

 職名 □教授 □准教授 □講師 □部長 □副部長 □課長 □副課長

 □技師長 □看護師長 □その他

担当・連絡者

 氏名

 連絡先 e-mail 電話

撮影条件

 日時 年 月 日 時 分 ～ 時 分

 場所

 講演・講義名

 依頼内容 □撮影 □DVD-Videoまたは動画ファイル化 □e-Lecture配信

 □その他・特殊

撮影ビデオの利用目的 （審査の対象になります。図を使用したり裏面に記載されても結構です。）

以下は記入しないでください

この撮影依頼の申請は総合教育センター内審議の結果、

 可決 否決

 されました。 年 月 日