**撮影申請書**

　　年　　月　　日

一般社団法人　日本医学教育評価機構

理事長　寺　野　彰　宛

申請者

住　所：

大学名：

役職名：

氏　名：　 ㊞

連絡担当者

所　　属：

氏　　名：

電話番号：

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：

２．撮影日

　　　　　　　年　　月　　日（　）～　　　　年　　月　　日（　）

３．撮影の種別（該当するものにとする）

動画撮影（開会式、閉会式のみ）

写真撮影（開会式、領域別検討会議（冒頭説明時）、見学時、講評・閉会式のみ）

以上

**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**

　　年　　月　　日

一般社団法人　日本医学教育評価機構

理事長　寺　野　彰　宛

申請者

住　所：

大学名：

役職名：

氏　名：　 ㊞

　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. 動画撮影は開会式、閉会式のみとします。
2. 写真撮影は開会式、領域別検討会議（冒頭説明時）、見学時、講評・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写真撮影は、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を広報に使用する場合は、掲載内容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. 評価チーム中1人でも撮影不可であった場合には、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