写真・映像等の撮影・掲載同意書

私は、＿＿＿年＿＿月＿＿日に開催された＿看護部インターンシップ＿において、私の写真・映像等（以下「本写真等」という。）を撮影すること、本写真等を足利赤十字病院が下記の目的と方法で使用することに同意します。

また、下記に定める範囲で使用している限り、(1)肖像権、プライバシー権、パブリシティ権等の一切の権利を行使しない事、(2)全身及び身体の一部を撮影し、撮影した作品の公表・使用・出版等一切の利用行為に関する許可を与える事、並びに(3)公表・使用・出版等一切の利用行為にかかる写真、動画等の選択、創作・変形・合成等その作品の表現についての異議申し立てを一切行わず、著作権、著作者人格権等の権利の主張あるいは行為その他何ら請求も行わないことに、それぞれ同意します。

記

1．本写真等は、足利赤十字病院が行う広報・PR 活動（ホームページ、広報誌、SNS 等）のために使用し、これ以外の目的には使用いたしません。
2．足利赤十字病院が行う広報・PR 活動には、外部メディアや各種団体等への本写真等のデータの提供も含まれます。
3．本写真等の使用期間・地域に制限はありません。
4．プライバシー保護のため、本写真等の使用媒体へ氏名の掲載はいたしません。

署名日：＿＿＿年＿＿月＿＿日＿

住　所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご本人署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**保護者署名：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※18 歳未満の場合は保護者の方もご署名ください。

署名代筆者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ご本人以外の方が代筆される場合は代筆者の氏名もご記入ください。

本写真等に係る個人情報の取り扱いについては、個人情報保護の観点から足利赤十字病院が厳重に管理いたします。