

平成 年 月 日

茨城県立医療大学アドミッションセンター長 殿

高校等名 _____

教員氏名 _____

連絡先 _____

授業等撮影に係る届出

このことについて、茨城県立医療大学体験プログラムの
(大学見学会 ・ テーラーメイド体験プログラム)

※ 希望するものに○を付けてください。

において、下記1のため施設及び授業等を撮影したいので届け出ます。

なお、撮影に当たっては、下記2について高校側で事前に十分な説明を行ったうえ、遵守いたします。

記

1 撮影の目的等

--

2 遵守事項

- (1) 撮影した内容は、高校等での報告会等(教育上)でのみに利用します。
- (2) 特に、SNS等への投稿はしません。
- (3) 次に掲げる内容の撮影はおこないません。
 - ① 貴学学生が特定できるような撮影
 - ② 機微情報の撮影
 - ③ その他、貴校担当教員等が禁止する事項
- (4) 貴校担当教員等の承諾を得たうえで撮影します。
- (5) 上記について、訪問者(生徒等)に周知のうえ、徹底させます。