

令和 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。