

あて先) 川口市立医療センター
川口市病院事業管理者 國本 聡

撮影（肖像権）に関する同意書

川口市立医療センター パパ・ママ体験学習への参加にあたり、当院の広報活動及び報道のために、写真・動画・画像等を使用して製作するホームページ、インターネットや放送等における媒体等に使用されることを同意いたします。

保護者様とご確認の上、撮影に同意いただける場合は下記にご署名の上、当日、ご提出をお願いいたします。

なお、写真・動画・画像等の撮影は病院内での実施となるため、常にマスクを着用いただいている状態であり、また投稿、記事等には、個人を特定できるような名前、住所、電話番号などは記載いたしません。

令和8年 月 日

生徒氏名（自署） _____

保護者氏名（自署） _____