|  |
| --- |
| **院外人员来院拍摄审批表** |
| **审批编号：**〔 〕年第 号 |  **申请日期：** 年 月 日 |
| **申 报 人** |  | **申报****科室** |  | **联系****方式** |  |
| **拍摄时间** |  年 月 日至 年 月 日（共 天） |
| **拍摄内容****及地点** | **应填写涉及到的全部拍摄地点** |
| **拍摄用途** |  |
| **播出平台** | **涉及到线上平台播出的必须填写该项** |
| **拍摄单位** |  |
| **拍摄负责人****及联系方式** |  | **拍摄团队****人数** | **严格控制人数** |
| **党支部/科室初审意见：** 支部书记签字：  日期： 年 月 日 |
| **医务部审核意见：****涉及医疗技术（手术、内镜、介入等治疗性操作等）的拍摄则需医务部审核。**负责人：日期： 年 月 日 | **宣传部审核意见：**负责人：日期： 年 月 日 |
| **说明：**1. 各党支部、科室要对本单位申请开展的拍摄活动进行严格把关；
2. 拍摄过程必须服从所在科室各项管理规定，不能影响正常医疗秩序；
3. 拍摄图像或视频素材时应注意保护患者隐私；
4. 拍摄团队进入手术室、内镜中心等场所拍摄必须经过医务部审批；
5. 请将经党支部/科室及医务部审核签字的审批表交至宣传部（行政楼2018室）；
6. 审批编号由宣传部填写；
7. 如遇疫情防控升级或其他紧急情况，严禁进入科室拍摄；
8. 联系电话：85422013。
 |

附件：

拍摄团队有关信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **单位** | **联系方式** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：涉及医疗技术（手术、内镜、介入等治疗性操作等）的拍摄需填写此表，同时提交3日内的新冠核酸检测报告。