

承 諾 書

藤田保健衛生大学
図書館ビジュアルセンター宛

講演会日 平成 年 月 日

演題名 _____

上記件名の ビデオ撮影 動画配信 (藤田学園内のみ)

フジタ・ビジュアル・インフォメーション
(院内待合室)

を貴施設で行なう事を承諾します。

平成 年 月 日

御所属名 : _____ T E L _____

御芳名 : _____ 御捺印 _____