**撮影・掲載に関する同意書**

※あなたの治療院名、住所、院長名

このたびは、当院の広報活動にご協力いただき、誠にありがとうございます。  
下記の内容をご確認のうえ、ご署名をお願いいたします。

**【撮影内容】**

・施術風景やインタビュー、ビフォーアフターの写真・動画の撮影

**【使用目的】**

・当院のホームページ、YouTube、SNS、パンフレット、広告等、広報・PR活動を目的とした使用

**【掲載範囲】**

・インターネット（公式サイト、YouTube、ホームページ、Instagram、LINE 等）  
・紙媒体（チラシ、冊子、院内掲示物 など）

※撮影内容は丁寧に配慮し、誤解を招く表現・使用はいたしません。

**【ご確認事項】**

☑ お顔が映る撮影・掲載に **同意します／同意しません**  
☑ お名前の掲載に **同意します／同意しません**（イニシャルやニックネームでも可）  
☑ 撮影内容の使用期限について **制限しません／制限します（　　　まで）**

私は以上について同意します。

**ご署名欄**  
お名前：　  
住所　：　　　　　　　　　　　　  
ご署名日：　　　　年　　　月　　　日