平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇〇〇〇〇養成教育科目担当
　役職　〇〇　〇〇　先生

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
△△　△△

〇〇〇〇〇〇養成教育科目のビデオ撮影および教材作成について（依頼）

この度は、「〇〇〇〇〇〇」（平成　年　月　日　限）の講義をご担当いただきありがとうございます。

さて、本学は九州がんプロ養成基盤推進プランの一環として、他大学（93 大学参加、平成 26 年 3 月現在）、他職種向けのｅラーニング充実のため、ビデオ撮影および教材作成を推進しております。先生方におかれましては、何卒ご協力をお願いしたく存じます。

ご協力いただく内容は、以下の通りです。

① 講義の撮影許可
② 撮影時にパワーポイントファイル等の提供
③ 撮影時に講義スライド・動画等の取扱いに係る確認への対応
④ 講義内容に関するミニテストの作成

つきましては、別紙により、<u>平成〇年〇月〇日（〇）までに</u>ＦＡＸでご回答願います。

以上

九州がんプロ養成基盤推進プラン 〇〇大学ｅラーニング連絡事務担当： お問い合わせ先：

「○○○○○○」（平成　年　月　日　限）講義

平成　　年　　月　　日

○○○○○○○○○
△△　△△　殿

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（ご連絡先：　　）

先生のご講義は（今回初めて依頼します。・既に教材をいただいてます。）

① 講義の新たな撮影およびｅラーニング教材作成について

（　承諾します　・　承諾しません　）

「承諾しません」の場合、お手数ですがその理由をご教示ください。

（　　）

② ①で「承諾します」の場合、公開を承諾する範囲（聴講者の所属大学や属性）について
（以下の当てはまる□に✓を記入、または■で置き換えてください）

a)聴講者の所属大学に関する公開範囲

□全国の参加大学（93 大学参加、平成 26 年 3 月現在）への公開を承諾します

□公開制限を希望します（以下の当てはまる□に✓を記入、または■で置き換えてください

□自大学内のみに公開

□自拠点（九州、久留米、産業医科、福岡、福岡県立、佐賀、長崎、熊本、大分、鹿児島、宮崎、琉球）の各大学のみ

b)聴講者の属性に関する公開範囲

□学生、教員、その他 ID を取得した全ての聴講者への公開を承諾します

□公開制限を希望します（視聴を認める対象に✓を記入してください）

□がんプロ大学院生　□がんプロ以外の大学院生

□がんプロインテンシブ等（有料）　□がんプロインテンシブ等（無料）

□学部学生　□市中病院などの医療機関

□教員

□担当教員（講義作成者＋組織マネージャー＋教員）

上記赤枠内は変更せずご利用下さい。