

学修支援のための授業録画・配信に関する同意の撤回書

藤田保健衛生大学 医学部 殿

私は、学生の学修支援を目的とした、授業の録画および視聴のための配信に関する同意を撤回いたします。

撤回に際し、以下の対応を依頼いたします。

依頼内容にチェックをつけて下さい。

- 既に録画配信されているコンテンツを削除し視聴を停止する。
- 既に録画配信されているコンテンツについては、保存期間(録画当日から3年間)中の視聴は許諾する。
- その他 (ご記入ください)

注

依頼項目の選択、記入がない場合は、コンテンツの保存期間中は視聴を許諾いただいたものとして対応いたします。

「既に録画配信されているコンテンツを削除し視聴を停止する。」を依頼された場合には、医学部学務課もしくは医学情報教育推進室にお越しいただき、対象となるコンテンツを、ご本人の立会いのもとで確認させていただき、削除いたします。

「その他」を選択された場合には、個別に対応させていただきます。

以上

平成_____年_____月_____日

所 属 : _____

氏 名 : _____ 印

対象科目 : _____

: _____

: _____