

『110 年阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院攝影比賽』報名表			
參賽組別	<input type="checkbox"/> 院內員工組 <input type="checkbox"/> 社區民眾組		拍攝日期 年 月 日
作品題名		編號	(主辦單位填寫)
作者姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡電話	(日) (手機)		
通訊地址			
EMAIL			
<p>【作品著作財產權讓與同意書】</p> <p>本人參加 110 年阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院(下稱阮綜合醫院)攝影比賽，提供資料皆準確無誤，並願遵守主辦單位之參賽規則。本人保證確實為參賽作品之原創作者，對參賽作品具有著作人格權及財產權，並同意當參賽作品獲獎時，即無條件將該作品及數位原始檔之著作財產權讓與阮綜合醫院，阮綜合醫院擁有無償使用、修改、重製、改作、散布、發行、公開發表等作品使用權利。本人保有著作人格權並承諾不對阮綜合醫院行使，謹此聲明。</p> <p>著作財產權讓與人簽章：_____</p> <p>簽署日期：中華民國 年 月 日</p>			
註：本報名表可自行影印使用，並請浮貼於參賽作品背面。			

『110 年阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院攝影比賽』報名表			
參賽組別	<input type="checkbox"/> 院內員工組 <input type="checkbox"/> 社區民眾組		拍攝日期 年 月 日
作品題名		編號	(主辦單位填寫)
作者姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡電話	(日) (手機)		
通訊地址			
EMAIL			
<p>【作品著作財產權讓與同意書】</p> <p>本人參加 110 年阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院(下稱阮綜合醫院)攝影比賽，提供資料皆準確無誤，並願遵守主辦單位之參賽規則。本人保證確實為參賽作品之原創作者，對參賽作品具有著作人格權及財產權，並同意當參賽作品獲獎時，即無條件將該作品及數位原始檔之著作財產權讓與阮綜合醫院，阮綜合醫院擁有無償使用、修改、重製、改作、散布、發行、公開發表等作品使用權利。本人保有著作人格權並承諾不對阮綜合醫院行使，謹此聲明。</p> <p>著作財產權讓與人簽章：_____</p> <p>簽署日期：中華民國 年 月 日</p>			
註：本報名表可自行影印使用，並請浮貼於參賽作品背面。			