

『109 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 109 年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人，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療社團法人阮綜合醫院，主辦單位擁有無償使用、修改、重製、改作、散布、發行、公開發表等作品使用權利，本人則保有著作人格權，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。			

『109 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 109 年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人，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療社團法人阮綜合醫院，主辦單位擁有無償使用、修改、重製、改作、散布、發行、公開發表等作品使用權利，本人則保有著作人格權，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。			