

台灣急診醫學會

「2020 防疫攝影活動」報名表

作品編號：_____ (免填)	
作者姓名：	身分證字號：
E-Mail：	聯絡電話：
通訊地址：	
戶籍地址：	
作品名稱：	攝影地點：
作品構想：(簡單敘述即可，列入評分參考)	
參賽作品公開展覽及肖像權無虞同意書	
<p>本人 _____ 同意參加 2020 防疫攝影活動。參賽之作品，由台灣急診醫學會於公開場所展覽，如得獎作品及檔案或原稿之著作權歸主辦單位所有；另本人確認作品肖像權無虞，如有爭議與主辦單位無關。</p>	
同意人(參賽者)：_____ (簽名蓋章)	