


112 年臺南市政府衛生局

「Show me your mouth」兒童口腔健康繪畫徵選授權同意書


本人(真實姓名)\_\_\_\_\_已詳閱由臺南市政府衛生局所舉辦「Show me your mouth 兒童口腔健康繪畫」活動辦法內容，同意遵守報名之各項規定，並同意將參與「Show me your mouth 兒童口腔健康繪畫」之投稿作品，無償提供予臺南市政府衛生局進行重製或再製作，以符合口腔健康相關業務之宣導及推廣上使用。

立書同意人： \_\_\_\_\_ (簽名)  (私章或蓋手印)

立書同意人身分證字號： \_\_\_\_\_

立書同意人通訊地址： \_\_\_\_\_

若立書同意人未滿 20 歲，請其法定代理人簽名： \_\_\_\_\_ (簽名)

 (私章或蓋手印)

中 華 民 國 112 年 月 日