**台灣急診醫學會**

**「急診小故事」報名表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 投稿身份：□ 醫護人員(職稱：　　 　　　　)   * 民眾 | | 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： | | |
| 故事名稱： | 發生地點： | |
| 故事簡述：(簡單敘述即可) | | |
| **作品公開展覽及肖像權無虞同意書**  本人 同意參加**急診小故事徵稿活動。**作品可交由台灣急診醫學會於公開場所展覽，繳交之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。  **同意人(投稿者)：** (簽名蓋章) | | |