|  |
| --- |
|  |

**嬰兒照護者專案**

**影片發布授權書**

您將參加兒童親子心理治療 (Child Parent Psychotherapy, CPP) 療育的訓練。我們請求您授權將會議過程錄影。此錄影將用於以下目的：

* 提供監督以有效執行療育措施。

本人特此授予權利和許可作以下用途：

* 與兒童與家庭健康中心分享錄影的會議，以進行監督。

本人已閱讀上述內容，並完全理解此授權書。本人亦明白，此授權書將在實現其目的所需時間內持續有效，最長可達一年，或者本人亦可透過填寫本表格底部的撤銷部分來撤銷此授權書。本人進一步了解，在撤銷日期之前根據此授權書採取的任何行動都是合法且具有約束力的。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | |  |  |  | |
| 兒童名字 | | | | 中間名縮寫 | 姓氏 | | |  | 出生日期 | |  |
| 家長/監護人簽名： | | |  | | | 日期： |  | | | |  |
| 地址： |  | | | | | | | | | |  |
| 城市/州/郵遞區號： | | |  | | | | | | | |  |
| 見證人： | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **撤銷部分** | | | | | |
| 本人特此要求於以下生效日期起撤銷此授權書： | | | |  |  |
|  | | | | *（日期）* |  |
| 家長/監護人簽名： |  | | | |  |
| 日期： |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  |