|  |
| --- |
|       |

**NC ITP 錄影及資訊發布同意書**

本同意書明確旨在免除北卡羅來納州衛生與公共服務部及其人員因獲得和授權使用材料而產生的任何及所有責任。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 我 |       | *（姓名）* | 特此授權通訊辦公室 |
| 取得或允許： |       | *（CDSA 名稱）* |

*取得*我/我的孩子以下的資料*（請勾選適當的描述）*

[ ]  照片 [ ]  影片/錄影帶 [ ]  訪談 [ ]  語音錄音

本人同意上述人士可以*使用*或允許他人使用本會議所產生的資料，用於下列任何擬議的用途（請勾選適當的類別）。

[ ]  教育刊物

[ ]  研究材料/出版物

[ ]  廣告

[ ]  部門網站

[ ]  部門刊物

[ ]  印刷或廣播媒體

[ ]  臨床監督

[ ]  循證實踐指導

如適用：[ ]  本人同意上述條款，但條件是不透露本人姓名。

*影片是兒童受保護的機密記錄的一部分，將根據 NC DHHS 的記錄保存政策進行保留和銷毀。*

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： |       | 日期： |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **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： |       |  |  |
|  |  |  |  |