|  |  |
| --- | --- |
| **비디오 녹화 및 정보 공개에 대한 NC ITP 동의** |       |

이 동의는 명시적으로 [노스캐롤라이나](https://www.ncdhhs.gov/itp-beearly)

보건복지부(NC DHHS) 와 그 직원은 자료를 가져오고 승인된 사용으로 인해 발생하는 모든 책임에 대해 책임을 지지 않습니다.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 나 |       | *(이름)* | 이로써 커뮤니케이션 사무소에 권한을 부여합니다. |
| 획득 또는 허가: |       | (*CDSA이름* ) |

본인/내 자녀에 대해 다음 정보를 *얻기* 위해 *(적절한 설명을 확인하십시오.*

[ ] 사진 [ ] 영화/비디오테이프 [ ] 인터뷰 [ ]  음성 녹음

이 아래에 설명된 제안을 위해 이 세션에서 생성된 자료를 사용하거나 다른 사람이 *사용하도록* 허용할 수 있음에 동의합니다 (적절한 범주 선택).

[ ] 교육 출판물

[ ] 연구 자료/간행물

[ ] 광고하는

[ ] 학과 웹사이트

[ ] 부서 간행물

[ ] 인쇄 또는 방송 매체

[ ]  임상 감독

[ ]  증거 기반 관행을 위한 코칭

해당하는 경우: [ ] 본인은 이름으로 식별되지 않는다는 조건으로 위의 내용에 동의합니다.

*비디오는 아동의 보호되는 기밀 기록의 일부이며 NC DHHS 기록 보유 정책에 따라 보유 및 파기됩니다.*

본인은 위의 내용을 읽었으며 이 릴리스를 완전히 이해합니다. 또한 본인은 이 허가가 목적을 달성하는 데 필요한 기간 동안 최대 1년 동안 또는 본인이 이 양식 하단의 철회 섹션을 작성하여 이 허가를 철회하는 경우에도 유효함을 이해합니다. 또한 본인은 철회 날짜 이전에 이 릴리스에 대해 취해진 모든 조치가 합법적이고 구속력이 있음을 이해합니다.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |       |  |
| 자녀의 이름 | 미 | 성 | 생년월일 |  |
| 학부모/보호자 서명: |       | 날짜: |       |  |
| 주소: |       |  |
| 시 (\*) : 주 (\*) : 우편 번호: |       |  |
| 증인: |       | 날짜: |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **철회 섹션** |
| 본인은 이로써 이 릴리스를 철회할 것을 요청합니다. |       |  |
|  | *(날짜)* |  |
| 학부모/보호자 서명: |       |  |
| 날짜: |       |  |  |
|  |  |  |  |