2023 皮科医生教育短视频项目



申请书

申请人：

所属医院及科室：

申请人职称：

通讯地址：

联系电话：

电子邮箱：

申请日期：

此申请书由北京康盟慈善基金会编制，解释权归北京康盟慈善基金会。

一、申请人基本情况：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 所属医院 |  |
| 所属科室 |  | 职称 |  |
| 职务 |  | 联系方式 |  |
| 邮箱 |  | | |
| 研究方向是否为皮科领域或临床方向 | |  | |
| 是否相关疾病领域的临床治疗经验 | |  | |
| 课程明细 | |  | |

二、申请者承诺

本人自愿申请参与2023皮科医生教育短视频项目，明白项目的目标和内容，会根据项目计划要求参与项目交流，且本申请表格填写内容真实无误。

本人授权北京康盟慈善基金会在相关授权的网站、APP、自媒体平台上使用由2023皮科医生教育短视频项目拍摄制作的相关课程。

短视频著作权归属：北京康盟慈善基金会

三、同意与责任豁免

1、本人在此授予北京康盟慈善基金会（以下简称“基金会”）在世界范围内翻译、复制、传播、发行、改编、摄制、汇编、出版、再版及以其他方式使用于2023皮科医生教育短视频项目获取的本人的口述作品、文字作品、照片、录像、录音和计算机生成图像等，但不得曲解、扭曲、篡改原意且仅用于公益。

2、本人同意基金会授权其他受让人（以下统称“被许可方”）以上述方式使用本人于本项目中的口述作品、文字作品、照片、录像、录音和计算机生成图像等，无需再次获得本人同意，但需通知本人，除非法律禁止。

3、本人承诺于本项目产生的口述作品、文字作品、照片、录像、录音和计算机生成图像等不侵犯他人的合法权益，包括但不限于肖像权、姓名权、隐私权、名誉权。如涉及患者或他人信息及隐私的，将按照相关法律法规要求进行去标识化处理并征得其本人同意，否则造成他人权益损害的，由本人承担不利后果。

4、本人保证和声明：

1. 本人具备签署本申请书的全部权利和权力；
2. 本申请书并未违背本人已经作出的任何承诺；
3. 本申请书系本人自愿签署，未违背本人真实意愿。

5、所有授权、同意以本申请书为准，如对授权内容、范围、用途进行变更，将另行签署书面协议。

申请者（签字）：

日期：