

同意書

1. 個人情報使用について

本活動の目的を満たすために、アートとともに Facebook, ホームページ等で公開してもよい情報をご記載下さい。

(了承項目の□に ✓ を入れて下さい。)

- お名前 例) 「誠」「まこと」「マーくん」「マック」など

了承する 了承しない **公開名** _____

- 年齢

了承する 了承しない **年齢** _____ **歳**

- 病名

了承する 了承しない **病名** _____

- 施設名

了承する 了承しない **施設名** _____

*尚、当プロジェクトと入院なさっている施設とは直接の関係はありませんので、その点ご了承ください。

- グッズ作成等に使用するデザインの原画としての活用

了承する 了承しない

- 絵に添えたいコメント※了承するを選択いただいた方は下の空欄にコメントをご記載下さい。

了承する 了承しない

2. 著作権について

今回ご提供いただきます、本紙の表面に作成されたアートの著作物に関する一切の著作権（日本国著作権法代 21 条から第 28 条までに規定する全ての権利）は、本同意書を持ってキッズアートプロジェクト事務局に譲渡いただく事をご承願います。

また、本著作権の移転は、キッズアートプロジェクト事務局が本紙（同意書のサインを有するもの）を受領した時点からとさせていただきます。

3. 同意の取り消しについて

特別な事情により、ウェブサイト上に公開されたアートや個人情報（データ情報に限る）の削除をご要望される場合は、キッズアートプロジェクト事務局までご連絡下さい。ただし、紙媒体等の有体物として配布された印刷物については、ご対応致しかねますので、ご了承下さい。

4. ご署名

本同意書にご同意いただける際には右記にご署名をお願い致します。 **サイン** _____

【連絡先】

〒216-8511 神奈川県川崎市宮前区菅生 2 - 1 6 - 1 聖マリアナ医科大学 小児科医局内 キッズアートプロジェクト事務局

info@kidsartproject.jp

※お問い合わせはメールにてお願い致します。

