**國立臺北護理健康大學**

**課程錄音錄影同意書**

本人 同意參與**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_製作**過程內容所需錄影錄音，並同意基於課程需求，將影音提供**教務處教學發展組**做為課程錄製與播放，並提供本校教學使用，檔案將保存於國立臺北護理健康大學。

同意人簽名：ˍˍˍˍˍˍ

日期：中華民國 　年　月　日

國立臺北護理健康大學