附件

南京医科大学口腔医学院、附属口腔医院

建院50周年标识设计情况表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 作品名称 |  | | |
| 作者/共同创作者情况 | | | |
| 作者1姓名 |  | 所在单位（班级） |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 作者2姓名 |  | 所在单位（班级） |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 作者3姓名 |  | 所在单位（班级） |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 作者4姓名 |  | 所在单位（班级） |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 设计创意说明（300字左右） |  | | |
| 作者原创声明 | 本人已完整阅读《南京医科大学口腔医学院、附属口腔医院关于征集建院50周年标识的通知》，自愿接受其中的各项条款，并承诺所提供的设计方案作品属于原创作品，如作品存在抄袭、借用等侵权行为，由本人承担相关法律责任。  声明人：（所有作者均需签名）  年 月 日 | | |