**公利医院红鸽志愿者报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 出生年月 |  | | 照片 |
| 籍贯 |  | | 政治面貌 |  | | 文化程度 |  | |
| 民族 |  | | 工作单位（学校） | | |  | | |
| 联系电话 |  | | | 电子邮件 | |  | | |
| 现住址 |  | | | | | | | | |
| 承诺每月志愿服务时间 | |  | | | 计划志愿服务年限 | | |  | |
| 参加过何种社会团体，公益活动： | | | | | | | | | |
| 才能或特长： | | | | | | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | | | | |
| 学习经历 |  | | | | | | | | |
| 希望投身志愿服务的领域：（请打√，可多选）  □门诊服务 □病房探访服务（爱心陪护）  □急诊输液区协助 □红色之旅病房服务  □病友俱乐部活动 □社区健康坊活动  □爱心理发 □健康体检服务协助  □节日慰问 □医务志愿者咨询日（具有医疗专业背景的志愿者） | | | | | | | | | |
| 申请人签字：    年 月 日 | | | | 审核意见： （公章）  年 月 日 | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | | |