**附件**

### 中日友好医院志愿者报名登记表

编号:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别:\_\_\_\_\_ 年龄:\_\_\_\_\_ 民族：\_\_\_\_\_ 籍贯：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

一寸彩照

身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

现住址: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职 ❑学生 学校：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 学号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

业 专业及班级：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 学校联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

情 ❑在职 单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

况 职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 单位联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑退休 家庭联系人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑其它：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

家庭电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 手机：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 电子邮箱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

宗教信仰：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 目前加入社会团体/宗教组织：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

擅长语言：❑普通话 ❑（本地方言） ❑英语 ❑其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

特长或爱好: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

有否伤残/病历: □无 □有(注明:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

曾否有志愿服务经验: ❑无 ❑有 (注明:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

有兴趣参与的志愿服务工作:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 门诊服务 | 病房服务 | 社区服务 | 其他服务 |
| ❑门诊导医 ❑自助设备使用指导❑协助分诊❑维持就诊秩序❑陪送检查❑志愿演出❑义卖/募捐❑门诊宣教❑其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑陪伴服务❑团体活动支持❑志愿演出❑心理疏导❑公益项目支持❑义卖/募捐❑辅助健康宣教❑其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑义诊与咨询支持❑大型病友活动支持❑会议支持❑社区健康教育支持❑公益项目支持❑其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑文书工作（资料整理与录入）❑其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

预计可服务时间:(✓)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 时间/星期 |  一 |  二 |  三 |  四 |  五 |  六 | 日 |
| 08:00-10:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10:00-12:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13:00-15:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15:00-17:00 |  |  |  |  |  |  |  |

预计到岗服务日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

预计服务期限: □三个月 □半年 □一年 □两年或以上

 □其它: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请人承诺：

 我自愿成为一名光荣的志愿者。我承诺：尽己所能，不计报酬，帮助他人，服务医院，服务社会，践行志愿精神，传播先进文化，为构建和谐医患、和谐社会奉献力量。

申请人签署: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

家长或监护人签署: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_与申请人关系: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(适用于未满18岁及60岁以上人士)**

=========================================================

※ 请您在提交登记表时，同时提交如下资料：

1)一张一寸免冠彩色近照，底色不限（贴于本表右上方）；

2)身份证复印件一份，报名时需核对原件。