**南科医志工团报名表**

编号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本资料 | 姓 名 | |  | | 性别 |  | | | 身高 | |  | | | 照 片  （1寸彩色免冠近照） | |
| 出生日期 | |  | | 民族 |  | | | 籍贯 | |  | | |
| 政治面貌 | |  | | 特长 |  | | | | | | | |
| 婚姻状况 | |  | | 专业 |  | | | 学历 | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 职业 | |  | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 现居住地址 | |  | | | | 深圳义工编号 | | |  | | | | | |
| 联系信息 | 手机号码 | |  | | | | 电子邮箱 | | |  | | | | | |
| 微信号 | |  | | | | QQ | | |  | | | | | |
| 家庭电话 | |  | | | | 深圳义工号 | | |  | | | | | |
| 紧急联系人 | |  | | | | 联系电话 | | |  | | | | | |
| 可服务时间 |  | | 星期一 | 星期二 | | | 星期三 | 星期四 | | | | 星期五 | 星期六 | | 星期日 |
| 8：00-11:00 | |  |  | | |  |  | | | |  |  | |  |
| 10:30-12:30 | |  |  | | |  |  | | | |  |  | |  |
| 13:30-15:30 | |  |  | | |  |  | | | |  |  | |  |
| 14;30-17:30 | |  |  | | |  |  | | | |  |  | |  |
| 个人简历 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 健康状况 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 申请理由 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 志愿者服务团审批意见 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人签名： | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：回传电子申请表至[PCD@sustech-hospital.com](mailto:PCD@sustech-hospital.com)后，需提交2张1寸彩色免冠近照，身份证、非深圳户口需居住证复印件各一份，证件需验原件。（待培训后交至门诊一楼病人关爱中心）