绍兴市妇幼保健院志工报名审批表

**填表日期： 年 月 日 类别：□社会志工 □本院志工**

|  |
| --- |
| 姓名： 性别： 身份证号： 出生： 年 月 日 住址： 联系电话：住宅 办公室 手机 职业：□在职人员（单位 职务（称） ） □学生（学校 专业 ） □退休人员（原职业 ） □自经营 □家庭政治面貌： 宗教信仰： 籍贯： 学历：□小学 □初中 □高中 □大专 □本科 □研究生语言：□绍兴方言 □普通话 □英语 □日语 □其他 婚姻状况：□未婚 □已婚 您的交通方式：□公交车 □自行车 □开车（车号 ）□其他 您适宜的时间：□周一 周二 周三 □周四 □周五 □周六 □周日 □上午：08:00-11：30 □下午：14:00-17:00您的专业特长 您志愿从事的服务： □导诊 □心理支持 □健康咨询、文化传播 □其他 您是否愿意服从分配: □是 □否  |
| 感悟留言： 签名： 年 月 日 |
| 审批意见：  (盖章) 年 月 日 |