|  |
| --- |
| 基本信息: （为了我们更好的了解您，请尽可能填写齐全。如有更改，请及时联系我们） |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 学历 |  | 照片 |
| 电 话 |  | 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  | 身份证号 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 紧急联系人 |  | 联系电话 |  |
| 志愿服务时间：（请将您可支配的时间段用“√”勾出，我们将根据需要选择服务时间） |
|  | 周一 | 周二 | 周三 | 周四 | 周五 | 周六 | 周日 |
| 上 午 |  |  |  |  |  |  |  |
| 下 午 |  |  |  |  |  |  |  |
| 个人专业技能： （填写相应数字） |
| 1.医疗 | 2.护理 | 3.医技 | 4.音乐 |
| 5.心理 | 6.写作 | 7.摄影 | 8.绘画 |
| 9.主持 | 10.其他： |
| 请说明您以往的工作及学习经历，您对医院志愿者工作的看法： |
|  |
| **需提交材料：（可调节照片大小置于此表格内）**1、已工作人员，另附一份单位介绍信盖章扫描件；2、在校学生，请附学生证扫描件或拍照上传；3、二者均需身份证电子版正反面照；4、如填写纸质版表格，请准备好以上纸质材料。 |

**南京医科大学附属逸夫医院志愿者申请表**

填表日期： 年 月 日

南京医科大学附属逸夫医院