附件1

重庆市妇幼保健院社会志愿者申请表

登记表编号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性别 |  | 出生  年月 | |  | | | （照片） | |
| 政治面貌 |  | | | | 民族 |  | 健康  程度 | |  | | |
| 教育程度 | □大专 □本科 □硕士 □博士 □其他 | | | | | | | | | | |
| 职业 |  | | | | | 学校/  工作单位 | |  | | | | | |
| 联系方式 |  | | | | | 电子邮箱 | |  | | | | | |
| 是否有伤残 | | | □无  □有(注明: ) | | | | | | | | | | |
| 是否有志愿  服务经历 | | | □无  □有(注明: ) | | | | | | | | | | |
| 预计可服务时间 | | | | | | | | | | | | | |
| 时间/周 | 一 | | | 二 | | 三 | 四 | | | 五 | 六 | | 日 |
| 上午 |  | | |  | |  |  | | |  |  | |  |
| 下午 |  | | |  | |  |  | | |  |  | |  |
| 预计服务期限：  □半年 □一年 □两年或以上 □其他（注明： ） | | | | | | | | | | | | | |
| 需要说明的其他情况 | |  | | | | | | | | | | | |

申请人： 日期：