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：