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 |