### 河北大学附属医院/临床医学院志愿者报名申请表

编号:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别:\_\_\_\_\_ 年龄:\_\_\_\_\_ 民族：\_\_\_\_\_ 籍贯：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

一寸彩照

身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

现住址: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职 ❑大学生 学校：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 学号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

业 专业及班级：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

情 ❑在职 单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

况 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑退休 家庭联系人及电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

目前加入社会团体/宗教组织：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

擅长语言：❑普通话 ❑本地方言 ❑英语 ❑其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

特长或爱好: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身体健康情况、有否伤残/病历: □无 □有(注明:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

曾否有志愿服务经验: ❑无 ❑有 (注明:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

曾否掌握相关医学知识: ❑无 ❑有 (注明:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

有兴趣参与的志愿服务工作:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **门诊服务** | **出入院服务** | **病区服务** | **其他服务** |
| ❑门诊导医 ❑自助设备使用指导❑协助分诊❑维持就诊秩序❑陪送检查❑其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑入院手续指导❑出院手续指导❑陪送入院❑其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑物品传递❑病区外支持❑其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

预计可服务时间:(✓)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 时间/星期 |  一 |  二 |  三 |  四 |  五 |
| 08:00-10:00 |  |  |  |  |  |
| 10:00-12:00 |  |  |  |  |  |
| 13:30-15:30 |  |  |  |  |  |
| 15:30-17:30 |  |  |  |  |  |

预计到岗服务日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

预计服务期限: □三个月 □半年 □一年 □两年或以上

 □其它: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请人承诺：

 我愿意成为一名光荣的医疗服务志愿者。我承诺：要尽己所能，不计报酬，帮助他人，服务社会，践行志愿精神，为构建和谐社会奉献力量！

申请人签署: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

家长或监护人签署: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_与申请人关系: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(适用于大学生及60岁以上人员)**