深圳市福田区风湿病专科医院

医院志愿者申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 年龄 |  | 联系电话 |  |
| 身份证 |  | | |
| 工作单位 |  | | |
| 志愿服务经历 | □ 有 □无 | | |
| 健康状况  1.我确认自己身体健康，无传染性疾病及不适宜参与志愿服务的疾病。  □ 是 □ 否  2.如有特殊健康状况或过敏史，请详细说明： | | | |
| 志愿服务意愿  1.您希望通过志愿服务达到哪些目的？（可多选）  □ 提升自我能力 □ 帮助他人 □ 增进社会经验 □ 实现个人价值 □ 其他（请说明）\_\_\_\_\_  2.您可以提供的服务时间段是？（请尽量具体） | | | |
| 个人声明  我自愿申请成为医院志愿者，并承诺在志愿服务期间遵守医院的各项规章制度，服从管理，尊重患者，积极、热情、负责任地履行志愿者职责。同时，我同意医院根据志愿服务需要，对我进行必要的培训和管理。 | | | |
| 签名：  日期： | | | |

备注：

1.请填写本表时，保持字迹清晰，信息真实准确。

2.如需提交纸质版申请表，请双面打印并粘贴身份证复印件（或其他有效身份证明复印件）。

3.电子版申请表可通过指定邮箱提交，邮件主题请注明“医院志愿者申请+姓名”。

4.感谢您对医院志愿服务工作的关注与支持！我们期待您的加入，共同为患者创造更加温馨、和谐的就医环境。