|  |
| --- |
| **安徽中医药大学第一附属医院志愿者报名表**  |
|  编号： 年 月 日 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠照片 |
| 政治面貌 |  | 籍 贯 |  | 手 机 |  |
| 健康状况 |  | 特 长爱 好 |  | 微信号 |  |
| 身份证号码 |  |
| 所在科室（单位）或家庭住址 |  |
| 本人志愿者或社会活动经历 |
|  |
| 意见与承诺 | **本人同意参加医院的志愿服务，并已知晓医院在志愿服务方面的相关管理规定，以及在志愿服务过程中可能存在的风险，认真服务患者，弘扬志愿服务精神，不弄虚作假，自觉遵守医院各项规定，服从医院统一安排。**（签 字）： 年 月 日 |
| 医院意见 | （盖 章）：   年 月 日 |