重庆医科大学附属康复医院

2019年黄水院区服务工作志愿者报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **性 别** |  | **（请贴1寸证件照）** |
| **出生年月** |  | | **院 系** |  |
| **学 号** |  | | **年 级** |  |
| **专 业** |  | | **入校时间** |  |
| **电话号码** |  | | **电子邮箱** |  | |
| **家长姓名及联系方式** |  | | | | |
| **紧急联系人姓名及联系方式** |  | | | | |
| **学生所在院系学生工作办公室联系人及联系方式** | |  | | | |
| **参加社会**  **活动情况** |  | | | | |
| **爱好特长** |  | | | | |
| **自我评价** |  | | | | |
| **学办意见** | 签（章）  年 月 日 | | | | |
| **重庆医科大学附属康复医院意见** | 签（章）  年 月 日 | | | | |

重庆医科大学附属康复医院制