**志愿者申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 年 龄 |  | | 近期正面免冠照片 | |
| 服务特长 |  | 健康  状况 | |  | 手机  号码 |  | |
| 社会状态 | □在校学生 | | | 就读学校： | | | |
| □在职人员 | | | 就职单位： | | | |
| □退休人员 | | |  | | | |
| 身份证 号码 |  | | | | | 住宅电话 |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | QQ号码 |  | | |
| 志愿 服务 时间 |  | | | | 周一 | 周二 | 周三 | 周四 | 周五 |
| 上午 | | 7：30-11：00 | |  |  |  |  |  |
| 下午 | | 13：00-16：00 | |  |  |  |  |  |
| 其他时间 | | | |  | | | | |
| **\*是否可接受基金会调剂安排的时间 □是 □否** | | | | | | | | |
| 志愿 服务 内容 | 1、询问台服务，如协助预约挂号、打印检查报告单、提供咨询、解答门诊就医流程、方向指引等 | | | | | | | | |
| 2、走动服务，为疑惑、虚弱、行动不便患者，予以搀扶、协助上下楼梯、电梯或代借轮椅等，协助病人完成就医。 | | | | | | | | |
| 3、做好禁烟劝导，并协助门诊保安维持排队秩序。 | | | | | | | | |
| 4、抗癌康复者或心理咨询师，用“话聊”鼓励感染病人，增强病人战胜疾病的信心和勇气。 | | | | | | | | |
| 5、帮助无家属陪护的输液患者，开展简单的生活照顾。 | | | | | | | | |
| 6、发放医院宣传资料及健康宣传资料。 | | | | | | | | |
| 7、帮助发放门诊病人调查问卷，收集患者及家属的意见建议等其他工作。 | | | | | | | | |
| 8、协助医务人员做好患者沟通，当遇到患者投诉时，先安抚患者，并将其引导至投诉处理部门。 | | | | | | | | |
| 9、接受医院分派的公益性任务。 | | | | | | | | |
| **您的个人信息我们将严格保密，未经本人授权或许可的情况下不会在医院外和任何情况下被**  **提及、复印及外流，请放心如实的填写，谢谢！**  **志愿者工作承诺书** | | | | | | | | | | |

我自愿加入浙江省癌症基金会的爱之光志愿者团队。我承诺：尽己所能，保护生命，维护健康，传播健康理念，帮助他人，服务社会，促进社会和谐进步！在志愿服务工作中遵守国家的各项法律法规，遵守志愿者服务章程，服从浙江省癌症基金会志愿者管理的各项规章制度，履行志愿者的义务，在志愿服务过程中保证自身安全的前提下对服务对象进行安全、规范的服务。

本人郑重声明：保证所填资料属实，保证具备参加志愿服务相应的基本能力和身体素质，对自己提供的志愿行为以及可能引起的结果承担责任，严格履行承诺！

签名： 日期：

您的签名谨代表如果您成为志愿者后同意遵守本院志愿者条例。本组织不必一定为您提供志愿者职位，同时您也不必一定接受提供给您的职位。