**重庆儿童救助基金会七彩环志愿者登记表**

**编号 ：** 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 学历 |  |
| 职业 |  | 所在单位或就读学校 |  |
| 身份证号码 |  | QQ |  |
| 联系地址 |  | Email |  |
| 联系方式 | 手机 |  | 是否参加过志愿者培训 |  |
| 座机 |  |
| 兴趣爱好及特长 |  |
| 您每周能服务的时间 | 周一（ ）周二（ ）周三（ ）周四（ ）周五（ ）周六（ ）周日（ ） 请在括号内注明是上午、下午或者全天 |
| 服务期限 |  年 月 日—— 年 月 日  |
| 意向加入小队 | 助医小队（ ） 宣传及募集小队（ ） 机动小队（ ） |
| 您意向从事的工作 | 寻访调研（ ）信息搜集（ ）资料编写（ ）翻译服务（ ）关怀服务（ ）法律顾问（ ）募资（ ）志愿者团队管理（ ）活动策划（ ）活动执行（ ）其他请注明： |
| 志愿服务经历 |  |
| 对基金会的建议及意见 |  |
| 初审意见 | 考核人：   | 组织复核意见 | 签 章   |
| 地址：重庆市观音桥建新北路9号同聚远景大厦14楼；电话：02367872717；网址：[www.cqcaf.org](http://www.cqadoption.org)请登录基金会网站，点击“义工招募”板块注册个人信息 |

|  |
| --- |
| **培 训 记 录** |
| 培训时间 | 培训地点 | 培训内容 | 培训时长 | 证明人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **服 务 记 录** |
| 服务时间 | 服务地点 | 服务内容 | 服务时长 | 证明人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |