|  |
| --- |
| 附件：海南鸿济医学发展基金会志愿者报名表 |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | 近期彩色免冠照片 |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **政治面貌** |  |
| **最高学历** |  | **最高学位** |  | **身份证号** |  |
| **婚姻状况** |  | **健康状况** |  | **手机号码** |  |
| **电子邮箱** |  | **通讯地址** |  |
| **学习****工作****经历** |  |
| **志愿者****（义工）****服务****经历** |  |
| **诚信****承诺** | **本人承诺，以上信息均与事实相符，若有虚假，即自愿取消报名资格。** **承诺人：** （签名）  |

备注：表格须控制在2页以内。