襄阳市新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控医务志愿者

报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 | |  | 照片 |
| 出生年月 |  | | 从事医疗工作时间 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 健康状况 |  | | | | | |
| 移动电话 |  | | | | | | |
| 在襄阳地区现住址 |  | | | | | | |
| 本人工作单位 |  | | | | | | |
| 证明人联系  方式 |  | | | | | | |
| 医学背景或熟悉专业 |  | | | | | | |
| 职称 |  | | | | | | |
| 志愿服务岗位  （医生/护士） |  | | | | | | |
| 审核情况 |  | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |