

자 원 봉 사 자 신 청 서

No _____

성 명			생년월일			사진
주 소						
연락처	[집]		[휴대폰]			
이메일						
종교	<input type="checkbox"/> 개신교 <input type="checkbox"/> 불교 <input type="checkbox"/> 무교 <input type="checkbox"/> 천주교 [세례명 _____ 축일 _____ 본당 _____]					
자 격 증	<input type="checkbox"/> 운전면허 <input type="checkbox"/> 외국어 [_____] <input type="checkbox"/> 기타[_____]					
소 속	학생 [학교 /과 / 학년]		학교 _____ 과 _____ 년			
	직장인 [직장 /직위/업무]					
	단 체 명					
봉 사 경 험	없다 / 있다[기간 : _____ 단체명: _____]		봉사관련 <input type="checkbox"/> 유 [구체적: _____] 교육수료 유무 <input type="checkbox"/> 무			
봉 사 경 로	<input type="checkbox"/> 지인 소개 <input type="checkbox"/> 홍보 매체(방송, 인터넷 등) <input type="checkbox"/> 종교 기관 <input type="checkbox"/> 본원 홈페이지					
봉 사 동 기	<input type="checkbox"/> 여가를 보람 있게 보내기 위해 <input type="checkbox"/> 전문 능력을 기부하기 위해 <input type="checkbox"/> 대인관계를 통해 다양한 경험을 얻기 위해 <input type="checkbox"/> 봉사활동 경력이 필요하기 때문에 <input type="checkbox"/> 기타 [_____]					
봉 사 시 간	<input type="checkbox"/> 월요일 <input type="checkbox"/> 화요일 <input type="checkbox"/> 수요일 <input type="checkbox"/> 목요일 <input type="checkbox"/> 금요일				<input type="checkbox"/> 비정기 <input type="checkbox"/> 정기	
	<input type="checkbox"/> 오전(09~12) <input type="checkbox"/> 오후(12~17) <input type="checkbox"/> 저녁(19~21)					
희 망 활 동	o 일반봉사		o 의료봉사			
	<input type="checkbox"/> 청소	<input type="checkbox"/> 상담	<input type="checkbox"/> 의사/한의사	<input type="checkbox"/> 간호사	<input type="checkbox"/> 약사	<input type="checkbox"/> 물리치료사
	<input type="checkbox"/> 간호보조	<input type="checkbox"/> 이,미용	<input type="checkbox"/> 치과의사	<input type="checkbox"/> 임상병리사	<input type="checkbox"/> 방사선사	<input type="checkbox"/> 치위생사
	<input type="checkbox"/> 약국보조	<input type="checkbox"/> 세탁	<input type="checkbox"/> 치기공사	<input type="checkbox"/> 간호 조무사	<input type="checkbox"/> 안과	<input type="checkbox"/> 영상의학과
	<input type="checkbox"/> 치과보조	<input type="checkbox"/> 행사	<input type="checkbox"/> 내과[_____]	<input type="checkbox"/> 이비인후과	<input type="checkbox"/> 신경정신과	<input type="checkbox"/> 비뇨기과
	<input type="checkbox"/> 행정보조	<input type="checkbox"/> 주방	<input type="checkbox"/> 피부과	<input type="checkbox"/> 재활의학과	<input type="checkbox"/> 통증의학과	<input type="checkbox"/> 대체의학
	<input type="checkbox"/> 접수	<input type="checkbox"/> 현관	<input type="checkbox"/> 외과[_____]	<input type="checkbox"/> 신경외과	전문의 번호: _____	
	<input type="checkbox"/> 기타[_____]	<input type="checkbox"/> 정형외과	<input type="checkbox"/>	면허 번호: _____		
면담 기록	● 건강 상태: ● 특이 사항: ● 안내 사항:					
자원봉사 시작일			자원봉사 종료일			이유
*상기 제공되는 개인정보는 요셉의원의 자원봉사자 관리(VMS 입력)목적을 위해 활용됨에 동의합니다.						
신청일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일 신청자 성명 : _____ (인)						



요 셉 의 원