附表一：

|  |
| --- |
| 成都市第三人民医院门诊助老﹑助残社会志愿者报名表 |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 年龄 |  | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | 文化程度 |  |
| 身份证号码 |  |
| 现（原）所在单位/学校 |  |
| 联系电话 |  |