**山东大学齐鲁医院“党团共建先锋队志愿服务心向党”**

**报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **报名支部或科室** |  | **志愿服务日期** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **志愿服务内容** |   |
| **参加人员情况** |
| **序号** | **姓名** | **科室** | **联系电话** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备注：1. 报名支部（科室）或个人请提前一周填写申请表发送至门诊部邮箱（qlyymzb@163.com）；2.联系人：黄婷 联系电话：18560080218。 |

门诊部

2022.3.28制