聖保祿醫院**團體才藝表演**志工報名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 團體名稱 | (須全銜) | | | | |
| 社團老師/  負責人 |  | | | | |
| 聯絡電話 | 住宅/ 手機/ | | | | |
| 能夠配合  服務時間 | 預計**服務期間**日： 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| **週一** | **週二** | **週三** | **週四** | **週五** |
| 可服務時段 | □ 上午  □ 下午 | □ 上午  □ 下午 | □ 上午  □ 下午 | □ 上午  □ 下午 | □ 上午  □ 下午 |
| 1. 服務時間為門診時段上午0900-1100，下午1330-1530。（如需調整，可協調） 2. 才藝表演類型：□樂器 □舞蹈 □戲劇 □其他 3. 若有其他細節可與志工督導討論。 4. 填寫後請郵寄至本院社服課，並致電告知報名。 | | | | | |
| 本團體同意於於聖保祿醫院（以下簡稱醫院）擔任志工，並遵守醫院所制定之相關規範。且清楚於醫院參與志願服務內容，亦明瞭其投入志願服務乃希發揮所長，貢獻自身的知識、體能、勞力、經驗等體驗志願服務真諦，將不會索取任何報酬，並願接受醫院指導與安排，確保工作安全及工作表現。  **指導老師/負責人簽名：** | | | | | |
| 1. **未滿20歲之團體成員**，須經法定代理人同意始能於本院服務。 2. 團體成員須填寫志工保密切結暨個人資料蒐集處理利用同意書、填寫才藝表演個人報名表。 3. 請此表以及上述文件填寫後請郵寄至本院社服課，並**致電**告知報名。   **※若須開立服務證明或感謝狀請盡早告知。** | | | | | |