

자원봉사자 신청서

성명	_____ <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 단체		주민번호	-	
주소	(우편번호: _____)				
E-mail			종교		최종학력
학교/ 직장명			전공/부서	학번	
전화번호	<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 사무실		휴대전화		
자원봉사 경 력	기관명		봉사내용		
	▶ 자원봉사 활동 경험 (_____ 개월) <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 1회 <input type="checkbox"/> 2회 <input type="checkbox"/> 3회 <input type="checkbox"/> 4회 이상				
참여동기	<input type="checkbox"/> 자기발전 <input type="checkbox"/> 사회적 경험 <input type="checkbox"/> 보람된 여가 활용 <input type="checkbox"/> 종교적 신념 <input type="checkbox"/> 지역사회발전 <input type="checkbox"/> 전문지식 활용 <input type="checkbox"/> 기 타 (_____)				
참여경로	<input type="checkbox"/> 광고홍보지 <input type="checkbox"/> 기관 안내 <input type="checkbox"/> 소개 및 권유 <input type="checkbox"/> 학교권유 <input type="checkbox"/> 언론방송매체 <input type="checkbox"/> 종교단체 <input type="checkbox"/> 타기관 안내 <input type="checkbox"/> 기타				
자원봉사 희망분야	<input type="checkbox"/> 기관업무보조 <input type="checkbox"/> 밀반찬지원 <input type="checkbox"/> 이·미용서비스 <input type="checkbox"/> 목욕서비스 <input type="checkbox"/> 주거환경개선(방충, 도배or장판) <input type="checkbox"/> 정보화생활지원 <input type="checkbox"/> 자립생활지원(의출보조 및 업무보조, 장보기, 가사생활) <input type="checkbox"/> 의료봉사(무료진료) <input type="checkbox"/> 낭독, 입력, 점역 <input type="checkbox"/> 문화행사(영화관람, 문화탐방) <input type="checkbox"/> 프로그램보조 (생활체육수상스키,수영,등산헬스교실/주간보호실/취미교실/보행교육 등) <input type="checkbox"/> 행사보조(캠프, 흥타령축제시각장애체험마당, 편의시설, 인식개선사업 등) <input type="checkbox"/> 학습지도 <input type="checkbox"/> 직무지도 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)				
자원봉사 희망시간	주(월) _____ 회/ _____ 요일	봉사기간		_____ 년 _____ 월 _____ 일 ~	_____ 년 _____ 월 _____ 일 (_____ 개월)
배치결과	활동부서	활동업무			
	활동시간	요일 / 시간 : _____ 시 _____ 분 ~ _____ 시 _____ 분			

본인은 충남시각장애인복지관 자원봉사활동에 참여하고자 신청합니다.

2010 년 월 일

신청인:

(서명 또는 날인)

충청남도시각장애인복지관