|  |  |
| --- | --- |
| EMB00002acc4b92 |  |
| **자원봉사 신청서** |
| **성 명** |  | **성 별** | □남 □여 |
| **VMS 아이디** |  | **전화번호****(연락가능)** |  |
| **전자우편** |  @ | **직 업** |  |
| **주 소****(우편물 수령)** | □□□□□ □직장 □자택 □기타( ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **자원봉사 경험** | □있음 □없음 |
| **봉사****활동****가능** | **요일** | □월 □화 □수 □목 □금 □토 □일 (중복 선택 가능) |
| **시간** | □오전(00~12시) □오후(12~18시) □저녁(18~24시) □상시가능 |
| **분야** | □시설봉사 | □생활지원 □교육지원 □정서지원 □사회활동지원□여가선용 □취업지원 □업무보조 □시설정비□각종행사보조 □기타( ) |
| □재가봉사 | □생활지원 □교육지원 □정서지원 □사회활동지원□기타( ) |
| □전문봉사 | □전문상담 □의료지원 □교육지원 □기술지원□외국어지원 □기타( ) |
| □기타 | □해외봉사 □기타( ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **[ 개인정보 취급 동의 안내 ]** |  |
|  |  |
| ‘사회복지사업법시행령 제25조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)’에 의거, 사회복지자원봉사활동을 위해 작성한 자원봉사 신청서의 개인정보를 취급하는 데 동의하십니까?□동의함 □동의하지 않음 |

|  |
| --- |
| 본인은 귀 기관의 자원봉사 운영규정을 준수할 것을 약속하며 이에 자원봉사활동을 신청합니다.년 월 일 |
|  신청인 : (인)  |
| **벨포레스트 요양원장 귀하** |