**亮睛行动义工团队报名表**

填表日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个  人  情  况 | 姓 名 |  | 性别 |  | 籍贯 |  | 出生年月 | | |  |
| 身份证号 |  | | 通 讯 地 址 | |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | 职务 |  | |
| 手 机 |  | | 电子邮箱 | |  | | | | |
| 其它 | 语言能力 | □英語□日語□其他 | | 个人特长 | | □眼病治疗□验光配镜□保健□组织活动□问卷统计□协调人员□其他 | | | | |
| 您和您的团队为青少年视觉健康所能做出的贡献： | | | | | | | | | | |
| 您和您的团队对青少年视觉健康公益事业发展的建议： | | | | | | | | | | |