

자 원 봉사 자 신 청 서

구분	<input type="checkbox"/> 청소년 <input type="checkbox"/> 대학생 <input type="checkbox"/> 일반		
봉사유형	<input type="checkbox"/> 입 력 <input type="checkbox"/> 낭 독		
*도서명	필수		
*개인정보	성 명 : 필수	VMS ID	봉사활동 완료 후 작성가능
	생년월일 (예: 1995-01-01)		성 별
	필수		<input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 남
소속 (단체의 경우 작성 필수)	학생 (청소년/대학생)	학교명:	
	일반	기관 또는 단체명:	
*연락처	집전화:		휴대폰: 필수
	E-mail: 필수		
*약관동의 필수	<p>1) 자원봉사활동관련 [개인정보 수집 및 이용]에 (<input type="checkbox"/>동의 <input type="checkbox"/> 미동의) 합니다. ※ [개인정보 수집 및 이용]의 경우 자원봉사활동 관련 공지사항 또는 기관 소식지 발송 등의 목적으로 활용됩니다.</p> <p>2) [수집한 개인정보의 제3자 제공]에 (<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의) 합니다. ※ [수집한 개인정보의 제3자 제공]의 경우 서울시 등 공공기관에 통계자료 제출용으로 성명, 생년월일, 성별, 봉사활동내역(날짜, 시간)의 일부 정보만 제공됩니다. ※ [개인정보 수집 및 이용]와 [수집한 개인정보의 제3자 제공] 동의를 거부하실 수 있으며, 동의 거부시 자원봉사활동에 제한이 있습니다.</p>		
남기고 싶은 말			

위와 같이 자원봉사자 신청서를 작성합니다.
2019 년 월 일

*신청인: 필수

서울특별시립노원시각장애인복지관