



中华慈善总会瑞百安慈善援助项目

医务志愿者登记表

(2018 年 10 月)

姓名		性别	
医院名称			
科室		门诊时间	
职务		职称	
联系方式			
身份证/军官 证件号			
电子邮箱			
手机电话		科室电话	
邮寄地址（务必写 明省/市、门牌号等 具体地址）			
填表日期		医务志愿者 签字	

填表说明:

- 1、除“医务志愿者签字”一栏需要本人正楷手写，其余内容可电脑录入。
 - 2、务必仔细阅读《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目医务志愿者申请须知》，并在下面的《医务志愿者知情同意书》上签字确认。
 - 3、邮寄地址请填写完整，方便项目办公室邮寄医务志愿者开展工作所需资料材料。
- 项目热线： 010-88361040 项目办公室邮箱： ruibaian@vip.sina.com



中华慈善总会瑞百安慈善援助项目

医务志愿者申请须知

(2018 年 10 月)

尊敬的医生：

感谢您申请加入中华慈善总会瑞百安慈善援助项目的医务者，现将相关事宜作如下告知：

注册条件：

医务志愿者需为在纯合子型家族性高胆固醇血症诊治领域具有丰富经验临床知识的专业执业医师，热心公益慈善事业，自愿无偿为瑞百安慈善援助项目患者提供医学服务。

工作职责：

1、了解瑞百安慈善援助项目流程和援助模式，掌握项目援助的医学标准，向贫困及中低收入患者介绍瑞百安慈善援助项目。

2、在患者申请过程中，按照诊疗规范和项目规定为患者做出客观准确的医学评估，如实填写患者医学材料。

3、在患者受助过程中，每月按照项目要求为患者开具项目专用处方，为患者定期进行医学随访。

项目规定：

1、凡符合条件的执业医师，需填写《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目医务志愿者登记表》等表格，并提交给瑞百安慈善援助项目办公室，经项目办公室审定通过后，方能成为项目医务志愿者。

2、医务志愿者享有个人医学评估权和处方权，瑞百安慈善援助项目办公室配备的项目专用章必须由医务志愿者本人保管使用。在患者申请、受助过程中，相关医学材料需经医务志愿者本人签字盖章方可生效。项目专用章不得转让或仿造，一经查实，将取消医务志愿者资格，并不接受其再次担任医务志愿者的申请。

3、医务志愿者如对患者态度恶劣、不按要求履行项目职责或对中华慈善总会造成不良影响，经查实后由项目办公室提交审议，终止医务志愿者资格。

4、医务志愿者信息变更，需及时电话或邮件告知瑞百安慈善援助项目办公室，并重新填写《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目医务志愿者登记表》，邮寄至项目办，以便存档备案。

数据安全及隐私保护：

1、医务志愿者所提交的《瑞百安项目医务志愿者登记表》仅限于中华慈善总会实施瑞百安慈善援助项目之用。

2、中华慈善总会承诺依据中华人民共和国相关法律法规，妥善保管及使用医务志愿者所提供的个人信息及数据。



2018 年 10 月

医务志愿者知情同意书

医生本人在此申明：我知晓身为医务志愿者的工作职责，自愿按照程序申请成为中华慈善总会瑞百安慈善援助项目医务志愿者，我已经完全知晓《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目医务志愿者申请须知》的全部内容。本人在此郑重承诺：我填写的《中华慈善总会瑞百安慈善援助项目医务志愿者登记表》的全部内容真实有效，自愿无偿为瑞百安慈善援助项目患者提供医学服务。如有任何不履行工作职责的情况，或对中华慈善总会造成不良影响，我将承担相应责任。

医生姓名（正楷）：

医生签字：

签字日期：



中华慈善总会瑞百安慈善援助项目 医务志愿者个人简历

姓名(手签): _____ 身份证号码: _____

治疗领域: _____

主要教育经历:

起止年月	学校名称	学历和学位

主要工作经历: (请提供所取得最高职称证书复印或扫描件一份)

起止时间	工作单位	职务和技术职称

主要科研成果和获奖成果:

获奖时间	成果名称	备注



中华慈善总会瑞百安慈善援助项目 医务志愿者注册表

姓名		性别		年龄	
科室及职务		科室电话			
手机		邮箱			
职称		门诊时间			
医务志愿者签字 样本（正楷）		医务志愿者签字 样本（草签）			
所在医院全称					
医院级别	级	等	所在城市		
医院地址				邮编	
个人简历：					
中华慈善总会瑞百安慈善援助项目办公室意见					
年 月 日					

填表说明：

- 1、请按要求由申请医务志愿者本人如实填写表格内容，表格内容请填写完整，如有变更请及时告知项目办公室。
- 2、医务志愿者在注册表中存档的电子信箱须为其本人经常查看的信箱，以确保医生及时知晓患者批准情况及有关项目通知等。
- 3、本《医务志愿者注册表》请和《医务志愿者知情同意书》、《医务志愿者登记表》、《个人简历》、个人执业证书复印件、职称证书复印件、手签字页面（A4 白纸手写签名原件）一同邮寄至：北京市 100034 信箱 9 分箱，并注明：医务志愿者申请表。
- 4、表中所有签字处请手写签名。