

病院ボランティア登録申込書

フリガナ						
氏 名	男 ・ 女					
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)					
住 所	〒 _____ _____ 電話 ()					
勤務先又は 学 校 名	所属部署名 電話 () 内線					
申込みの 動 機						
健 康 状 態	・現在治療中の疾患はありますか。 ある () ない					
緊急時の 連絡先	様 (続柄 :) 電話 ()					
ボランティア活動の経験 (活動内容)	なし ・ あり ()					
希望する活動日、時間	曜日 : 曜日 AM 時 分 ~ 時 分 PM 時 分 ~ 時 分 回数 : 週 回、 月 回					
希望する活動内容						
趣味・資格・特技等						

※ボランティア保険には当院で加入させて頂きます。

貴院でボランティアとして活動したいので、上記のとおり申し込み致します。

社団医療法人啓愛会 美山病院長 殿

令和 年 月 日

氏 名

保護者氏名

(続柄 :)

※未成年者は、保護者の署名も必要です。