

# 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いただきます。

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。

令和 年 月 日  
 社団医療法人啓愛会 美山病院長 殿

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。