

ボランティア活動申込書

病院長

殿

氏 名 _____ ⑩ (男・女)
生年月日 大・昭 年 月 日 (才)
職 業 _____
住 所 〒 _____
電話番号 _____

このたび、貴附属病院における諸規則等を遵守し、当該活動部署の責任者等の指示のもとで、ボランティア活動を行いたいので、申し込みます。

1. 希望する活動内容 _____

2. ボランティア経験 無・有 (期間・内容) _____

3. 現在の健康状態 _____

4. ボランティア活動保険の加入の有無
加入している・加入していない _____

5. 希望する曜日等

希望順位					
曜日	月	火	水	木	金
時間帯					