

ボランティア活動申込書

病院長

殿

氏 名 \_\_\_\_\_ ① (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					