

[別紙様式]

ボランティア活動申込書

中通総合病院長 殿

写真添付

(4×3cm)

(フリガナ)

申込者 氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日生

〒 -

住 所 _____

電話番号 _____ 職 業 _____

下記のとおり、ボランティアとして活動したいので申込みます。

なお、活動にあたっては、貴病院の諸規則およびボランティア活動の心得を遵守し、担当職員の指示に従います。

ボランティア活動の期間(予定)	期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
および希望日	希望日	
志 望 動 機		
ボランティア活動経験の有無	有・無	(有の場合は内容・期間を記入してください)
健 康 状 態		
特 技・資 格		
主 な 職 歴		
ボランティア保険加入の有無	有 ・ 無	