

病院ボランティア登録申し込み書

ふりがな			写真添付 (ご本人確認のため、スナップ写真も可)
氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住所	〒		
電話		携帯電話	
職歴			
申込の動機			
健康状態	良 ・ 現在通院治療中()		
緊急時の連絡先	様(続柄:)		
	電話		携帯電話
ボランティア保険の加入	加入済み(保険の種類)・未加入		
ボランティア活動の経験	なし・あり()		
希望する活動日 時間・回数	曜日		曜日
	時間	AM 時 分 ~ 時 分	
	PM	時 分 ~ 時 分	
	回数	週 回 月 回	
希望する活動の内容			
資格・趣味・特技等			