

加古川中央市民病院
「病院ボランティア」活動申込書

加古川中央市民病院ボランティアとして活動したいので、下記の通り申込みます。

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		
氏名	男 ・ 女	
生年月日	大正・昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
電話番号	自宅	携帯
メールアドレス	携帯 P C	
職業等	会社員・主婦・無職・その他() 学生(学校名: 学部 学年)	
健康状態	★安全・安心に活動していただくため、該当項目にご記入をお願い致します。 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院中	
緊急時連絡先	TEL: - - あなたとの続柄 ()	
活動動機		
ボランティア保険の加入	・なし ・あり (加入機関:)	
ボランティア活動の経験	・なし ・あり 活動内容()	
活動希望日(曜日・時間)	月 火 水 木 金 (時間:)	
希望する活動内容	<input type="checkbox"/> 外来案内 <input type="checkbox"/> 縫製 <input type="checkbox"/> 院内行事のお手伝い <input type="checkbox"/> その他 ()	
資格・特技等		

※未成年者の場合は、保護者の承認が必要となります。

上記事項について、承認します。

保護者氏名

印

※ご記入いただいた個人情報は、病院ボランティア活動の範囲内でのみ利用いたします。

また、申込者の同意なく第三者へ開示・提供いたしません。

【病院記入欄】

面談日 平成 年 月 日 面談担当

面談結果 可 ・ 否