

ボランティア活動申込書

平成 年 月 日

群馬大学医学部附属病院長 殿

申込者住所

電話番号 () -

フリガナ

氏 名 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

年齢・性別 歳 (男 ・ 女)

職 業

写真貼付

下記のとおり、貴院においてボランティア活動を行いたいので申し込みます。

なお、活動にあたっては、貴院のボランティア活動心得を遵守し、担当職員の指示に従います。

記

ボランティア活動 の希望等	活 動 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	活 動 回 数	回 / 月
	活動週・曜日	毎週・隔週 月, 火, 水, 木, 金 (で囲む)
	活 動 時 間	時 分 ~ 時 分
ボランティア活動 経験の有・無	有 ・ 無	有の場合、活動した内容・期間等を記入して下さい
ボランティア保険 加入の有・無	有 ・ 無	
得意な分野		
各種免許取得状況		
主な職歴		

写真(4.5cm × 3.5cm)2枚を用意の上、裏面に氏名を記入して、1枚を本様式の指定箇所に貼付し1枚をクリップなどで添付して下さい。

登録番号		登録年月日	
------	--	-------	--