

## ボランティア活動申込書

令和      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 活動回数 活動週・曜日 活動時間	令和    年    月    日～令和    年    月    日 回／月 毎週・隔週 月, 火, 水, 木, 金 (○で囲む) 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	
------	--	-------	--