

# ボランティア活動申込書

今給黎総合病院長 殿

写真  
(ご本人確認のため、スナップ写真も可)

- ・今給黎総合病院ボランティア活動に参加することを申込み致します。

平成    年    月    日

ふりがな 氏名		生年月日  年    月    日	才	男・女
連絡先	(自宅住所) 〒			
	(連絡先) 自宅電話	—	—	
	FAX	—	—	
	携帯電話	—	—	
交通手段		交通実費 (1回往復)		
ボランティア経験の有無と内容	(有・無) 内容			
特技・資格・免許等				
希 望	活動内容			
	期 間	平成    年    月    日 ~ 平成    年    月    日		
	回 数	毎月    回程度・週    回程度		
	時 間	毎週    曜日    時    分 ~    時    分		
		曜日    時    分 ~    時    分		
	健康診断	決定された方に病院負担にて受診して頂きます		
面 接 希望日	第1希望    月    日 (    )	午前・午後	時    分	
	第2希望    月    日 (    )	午前・午後	時    分	

※ご記入頂いた内容については、ボランティア申込書以外には使用致しません。