

病院ボランティア申込書

ふりがな	
氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)
住所	〒
連絡先	電話番号：
緊急連絡先	電話番号： お名前： 様 (続柄：)
最終職歴	
申込み動機	
健康状態	・現在治療中の疾患 ある (疾患名：) ・ なし
	・既往歴 ある (疾患名：) ・ なし
ボランティア保険	加入済み ・ 未加入
ボランティア活動の経験	ある ・ なし
	活動内容：
希望する活動内容	患者案内 ・ 院内レクリエーション ・ その他 ()
趣味・特技・資格	

名城病院長 殿

貴院でボランティアとして活動したいので、上記のとおり申し込み致します。

令和 年 月 日 氏 名 : 印
