

柏病院ボランティア登録申込書

フリガナ 氏名	男・女		写 真 (3×4cm)
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
住 所	〒  電話 ( )		
勤 務 先 又は学校名	所属部署名 電話 ( ) 内線		
学歴・職歴			
申込みの動機			
健康状態	現在治療中の疾患はありますか。 ある ( ) ない ツベルクリン反応検査 ( 陽性、 陰性、 不明 ) 既往症 ( )		
緊急時の 連絡先	様 (続柄: ) 電話 ( )		
ボランティア保険の加入	加入済 ・ 未加入		
ボランティア活動の経験 (活 動 内 容)	なし・あり ( )		
希望する活動日、時間	曜日: 曜日 AM 時 分 ~ 時 分 PM 時 分 ~ 時 分 回数: 週 回、 月 回		
活動開始希望日	平成 年 月 日より		
希望する活動内容			
趣味・資格・特技等			

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。

平成 年 月 日

東京慈恵会医科大学附属柏病院長 殿

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※ 未成年者は、保護者の署名も必要です。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄: )