

総合高津中央病院ボランティア登録申込書

フリガナ 氏 名			男・女	写 真 (3×4 cm)
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

医療法人社団亮正会 総合高津中央病院長 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: )