

ボランティア活動申込書

札幌厚生病院院長 様

		申込年月日		年	月	日
(フリガナ) 申込者 氏名	()			写真貼付 6 カ月以内		
生 年 月 日	T ・ S ・ H 年 月 日 (歳)					
住 所	〒 - ☎自宅 () - 携帯					
緊急時の連絡先	氏名 () 続柄 () 住所 () 電話 ()					
(病院ボランティア申込みの動機をご記入してください)						
(あなたの今の状況にあてはまる□に☑してください) □主婦 □無職 □会社員 □自営業 □アルバイト □学生 □病氣療養中(病名：) *医師の診断書が必要な場合があります。 □その他 *会社名・学校名を記載してください ()						
今までのボランティア経験の有無	有	→ (活動内容及び場所について下記に記入してください)				
	無					
現在の健康状態						
趣味・特技など						
(活動希望日時)		(定期・不定期)		(時間帯)		
年 月 日から		1 ヶ月	回	曜日	時	分から
年 月 日まで		1 週間	回	曜日	時	分まで
(その他参考となる事項、要望等)						