

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	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	
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	
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第三病院長 殿

氏名 _____ 印

保護者氏名 _____ 印

(続柄:)

※ 未成年者は、保護者の署名も必要です。