

多治見市民病院ボランティア申込書

年 月 日

多治見市民病院

病院長 今井 裕一 様

(ふりがな)

申込者氏名 _____ ㊞

生年月日 _____ 大・昭・平 _____ 年 月 日生

〒

住 所 _____

電話番号 _____

緊急連絡先 : 連絡先名

: 電話番号

下記のとおり、多治見市民病院が行っているボランティア活動に参加を希望しますので申し込めます。なお、ボランティア活動にあたり、多治見市民病院が定める規則を遵守することを誓います。

記

ボランティア活動可能期間	年 月 日 ~ 年 月 日
活動を希望する曜日・時間帯	曜日 (1日に2時間以上お願いします) 時 ~ 時まで (月~金・8:30~12:00 13:00~16:00)
経験の有無	無・有 (経験内容: _____)
特技・資格	特技: 資格:
交通手段・所要時間	交通手段: 徒歩・自転車・公共交通機関 所要時間: _____ 時間 _____ 分
健康状態・既往歴	健康状態: 過去の病気など:
健康診断受診の有無	受けた (_____ 月頃) ・ 受けていない
ボランティア活動の希望があれば記入して下さい	