

ボランティア申込書

フリガナ		男 ・ 女	平成 年 月 日 生年 月日	昭和・平成 年 月 日 才
氏名				
現住所	〒			
連絡先	① 自宅 () ② 携帯電話 ()			
災害時等 緊急連絡先 (任意)	氏名 本人との関係 () 電話番号 ()			
病院・施設までの所要時間	徒歩 ・ 自転車 分			
ボランティア希望の動機				
ボランティア可能な曜日・時間帯				
希望するボランティアの内容	<input type="checkbox"/> 話し相手 <input type="checkbox"/> イベントの手伝い <input type="checkbox"/> 趣味活動の手伝い <input type="checkbox"/> 車いす移動の介助 <input type="checkbox"/> 外来検査の道案内 <input type="checkbox"/> 敷地内環境整備、庭の手入れ <input type="checkbox"/> その他 ()			
ボランティア経験の有無	あり ・ なし			
ボランティア保険加入状況	加入済み ・ 未加入			
添付の身分証明書	自動車免許 ・ 保険証 ・ パスポート			

* この下は記入しないでください

承認欄	院長・施設長	看護部長	事務長
登録年月日	平成 年 月 日		