

ボランティア活動申込書

年 月 日

秋田大学医学部附属病院長 殿

申込者

〒

住 所

(ふりがな)

氏 名

⑩

生年月日

年

月

日生

職 業

電話番号

写 真 貼 付 場 所 〔 サイズ (cm) 4 × 3 〕
--

下記のとおりボランティア活動をしたいので、申し込みます。

なお、許可された上は、貴病院の諸規則及びボランティア活動の心得を遵守し、担当職員の指示に従います。

記

ボランティア活動の期間等 (予 定)	年 月 日 ~ 年 月 日	
	曜日, 時~ 時	
希望するボランティア活動の内容		
ボランティア活動経験の 有 無	有・無	有の場合
		内容
		期間
健康状態及び既往症		
特技 (各種免許含む)		
主な職歴		
ボランティア保険加入の有無	有 ・ 無	