

(様式1)

ボランティア活動申込書

都城医療センター院長 殿

貴院においてボランティア活動を行いたいので、都城医療センターボランティア規程に基づき下記のとおり申し込みします。

平成 年 月 日

申込者氏名	印 男・女	
生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
団体の場合	団体名 代表者	
連 絡 先	住 所 電 話	
志望された動機及び 活 動 希 望 内 容		
活動予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 曜日～ 曜日 時～ 時	
今までのボランティア の経験の有無	有・無 (有の場合は、活動内容及び場所を記入してください。)	
当院での活動の有無	有・無 (有の場合は、活動内容及び場所を記入してください。)	
現在の健康状態		
趣味・特技など		
ボランティア保険の 加 入 の 有 無	有 ・ 無	
その他参考となる事 項		