

(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 | |