

ボランティア活動申込書

国立病院機構八戸院長 殿

貴院において、ボランティア活動を行いたいのので、下記のとおり申し込みます。

なお、ボランティア活動を行うにあたっては、貴院で定められたボランティア活動の留意事項を遵守します。

申込年月日 令和 年 月 日

(フリガナ) 申込者 氏名	() 印 男・女	写真貼付欄 当院で撮影します (ご協力願います)
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日 (歳)	
住 所	〒 - ☎ () -	
職業又は勤務先	☎ () -	
団 体 の 場 合	(団体名) (代表者名) ☎ () -	
(申込された動機)		
(活動希望内容・該当する項目を○で囲んでください) 1 マフ制作 2 病院行事や療育活動の準備、後片付け等 3 病院行事や療育活動等での特技披露 4 車いす拭き 5 環境整備 (草取りや花壇の手入れ等)		
ボランティア 経験の有無	有 無	(有の場合=活動内容及び場所について下記に記入してください)
現在の健康状態		
趣味・特技など		
ボランティア保険加入の有無 → 有・無		
(活動希望日時)	(定期・不定期)	(時間帯)
令和 年 月 日から	1ヶ月 回 曜日	時 分から
令和 年 月 日まで	1週間 回 曜日	時 分まで
(その他参考となる事項、要望等)		

※ 審査 (許可・不許可 →