（別紙１）

病院ボランティア申込書

申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | |
| 氏名、性別 |  | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（満　　　歳） | |
| 住所、電話番号 | 〒　　　　－  電話番号：　　　　　（　　　　　）  携帯電話：　　　　　－　　　　　－ | |
| 緊急連絡先：　　　　　　　　　様（続柄：　　　　　）  　　　電話： | |
| 職歴 |  | |
| 申込の動機 |  | |
| 健康状態 | □良好、□通院中、□治療済  病名・既往症（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 希望する活動内容 |  | |
| 活動可能期間 | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日  曜日（　月、火、水、木、金　）、週（　　　　）回  時間帯（　　　：　　　～　　　：　　　） | |
| 特技、趣味、資格等 |  | |
| 備考 |  | |