

(第1号様式)

令和 年 月 日

ボランティア活動登録申込書

公立昭和病院 病院長 殿

私は、公立昭和病院のボランティアとして活動したいので、下記のとおり登録を申し込みます。

＊ 以下の項目に記入又は、○をつけてください。

|                         |                                                                          |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな<br>氏 名             | 【性別】 男 ・ 女                                                               |
| 生年月日                    | 昭和 ・ 平成 年 月 日                                                            |
| 住 所                     | 郵便番号<br>電話番号 ( )                                                         |
| 職 業                     | 会社員・主婦・学生 (学校名・学年 )<br>その他 ( )                                           |
| 活動希望の<br>動機             |                                                                          |
| 活動希望日<br>時              | 希望の曜日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金<br>希望の時間： (AM 時～ 時まで) (PM 時～ 時まで)<br>その他希望： ( ) |
| 現在の<br>健康状態             | 特に問題なし<br>治療中 (配慮の 要 ・ 否 )<br>(配慮内容： )                                   |
| 当院での活動<br>希望部署          | 各種患者の支援活動 ・ 患者図書室 ・ 環境美化活動                                               |
| 病院でのボラ<br>ンティア経験<br>の有無 | 有 ・ 無                                                                    |
| ボランティア<br>保険加入の<br>有・無  | 有 ・ 無 (有の場合は、保険加入写しを添付)<br>(無の場合は、加入のご案内をします)                            |