

ボランテ ィ ア 活 動 申 込 書

令和 年 月 日

旭川医科大学病院長 殿

申 込 者 ふり 氏 がな 名 ⑩

生年月日 昭・平 年 月 日生 (男・女)

郵便番号 ー

住 所

電話番号 () ー

下記のとおり、ボランティア活動に参加を希望しますので申し込みます。

なお、許可されたうへは、貴院の定める個人情報に関する規定等の遵守と諸規則を守り、担当職員の指示に従います。

記

| | | |
|-----------------------|--|------------|
| ボランティア活動の期間等 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 曜日 ~ 曜日、 時 ~ 時 回数 月 回、 週 回 | |
| ボランティア活動の内容 (希望活動) | | |
| ボランティア活動経験 | 無 | |
| | 有 | 内容： 期間： |
| ボランティア保険加入 | 無 | |
| | 有 | 保険会社名： |
| 健康状態及び既往症 | | |
| 主な職歴 | | |
| 本院のボランティア活動のことを知った新聞等 | (例：「北海道新聞」「知人から」など) | |