

**加古川中央市民病院**  
**「病院ボランティア」活動申込書**  
 加古川中央市民病院ボランティアとして活動したいので、下記の通り申込みます。

記入日 年 月 日

ふりがな		
氏名		男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳 )	
住所	〒	
電話番号	自宅	携帯
メールアドレス	携帯 P C	
職業等	会社員 ・ 主婦 ・ 無職 ・ その他 ( ) 学生 (学校名: 学部: 学年: )	
健康状態	★安全・安心に活動していただくため、該当項目にご記入をお願い致します。 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院中	
来院方法	徒歩 ・ 自転車 ・ シャトルバス ・ 自家用車 (駐車料金自己負担) その他 ( )	
緊急時連絡先	フリガナ 氏名: あなたとの続柄 ( ) TEL: - -	
活動動機		
ボランティア保険の加入	・なし ・あり 加入機関 ( )	
ボランティア活動の経験	・なし ・あり 活動内容 ( )	
活動希望 (曜日・時間)	月 火 水 木 金 (時間: )	
学校の長期休暇	※ボランティア活動時期の把握のため、学生の方のみご記入下さい。 ① ( )月 ~ ( )月頃 ② ( )月 ~ ( )月頃 ③ ( )月 ~ ( )月頃	
希望する活動内容	<input type="checkbox"/> 外来案内 <input type="checkbox"/> 縫製 <input type="checkbox"/> 院内行事のお手伝い <input type="checkbox"/> その他	
資格・特技等		

※未成年者の場合は、保護者の承認が必要となります。  
 上記事項について、承認します。

保護者氏名

印

※ご記入いただいた個人情報、病院ボランティア活動の範囲内でのみ利用いたします。  
 また、申込者の同意なく第三者へ開示・提供いたしません。

【病院記入欄】

面接日

年 月 日

面接担当

面接結果 可 ・ 否