総合高津中央病院ボランティア登録申込書

フリガナ 氏　　名	男・女	写　　真 （３×４cm）
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）	
住　　所	〒 電話　　（　　）	
勤務先 又は学校名	所属部署名　　電話　　（　　）　　内線	
学歴・職歴		
申込みの動機		
健康状態	現在治療中の疾患はありますか。　　ある（　　） ない ツベルクリン反応検査（陽性、陰性、不明） 既往症（　　）	
緊急時の 連絡先	様（続柄：　　） 電話　　（　　）	

ボランティア保険の加入	加入済　・　未加入
ボランティア活動の経験 （活動内容）	なし・あり（　　）
希望する活動日、時間	曜日：　曜日 AM　　時　　分～　　時　　分 PM　　時　　分～　　時　　分 回数：　週　　回、　月　　回
活動開始希望日	平成　　年　　月　　日より
希望する活動内容	
趣味・資格・特技等	

貴院でボランティアとして活動したいので、上記のとおり申し込み致します。

平成　　年　　月　　日

医療法人社団亮正会 総合高津中央病院長　殿

氏名　　印

※　未成年者は、保護者の署名も必要です。

保護者氏名　　印

（続柄：　　）

601-036-0（2013.8）