

ボランティア申込書

年 月 日記入（枠内のみご記入ください）

氏名	フリガナ	一般・学生
生年月日	昭和・平成	年 月 日生（ 才）
現住所	〒	
電話番号	TEL	FAX
	E-mail	
ボランティアを希望される理由		
希望する活動 （○で囲んでください）	外来 作業 縫製 手づくり 病棟 お話会 音楽会 飾りつけ 重心シーツ交換 その他	
活動できる曜日と時間	曜日（その他） 午前 時から 時まで 午後 時から 時まで	
特技・資格		
ボランティア研修（講習）の受講経験	有 ・ 無	
ボランティア経験・こどもを対象とした仕事の経験	有 ・ 無	
健康診断受診状況	受診済み（ 年 月） ・ 未受診	
感 染 症		予 防 接 種
麻疹（はしか）	有 ・ 無 ・ 不明	有 ・ 無
水痘（みずぼうそう）	有 ・ 無 ・ 不明	有 ・ 無
流行性耳下腺炎（おたふく）	有 ・ 無 ・ 不明	有 ・ 無
風疹（三日ばしか）	有 ・ 無 ・ 不明	有 ・ 無

* 個人情報 は 病院 が 責任 を もって 管理 します。

* 初回活動開始日時 月 日 時

* 備考