

医療法人社団愛友会 伊奈病院

ボランティア活動申込書

伊奈病院 病院長 殿

平成 年 月 日

団体名			性別	男 ・ 女
氏名	印	生年月日	年 月 日(才)	
住所				
電話番号			携帯電話	

下記のとおり申し込みます。

1 活動回数(該当する項目に○をつけ、回数・時間を記入)

(月 ・ 週) 約 () 回 時 分 ~ 時 分

2 希望する活動内容 (希望する項目にレ点をする。複数可)

総合案内

病棟ボランティア

イベントボランティア (イベント名)

通訳ボランティア (総合案内も兼ねる)

その他

[]

3 健康状態

良好 ・ 不良 (不良の場合 既往歴)

4 ボランティアの経験

なし ・ あり → (内容:)

5 4番でありと答えた方のみ

当院でのボランティア経験の有無

なし ・ あり → (内容:)