

公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院

病院長 殿

ボランティア活動申込書（個人用）

ふりがな 申請者氏名： 生年月日： 年 月 日（ 歳） 性別：男・女 保護者氏名： 印（続柄： ） （未成年者の場合、保護者の自筆署名又は記名押印が必要です）	写真貼付 （縦4cm×横3cm） ※上半身が写った もの
住所 〒	
電話番号： — —	
職業（学生の場合は学校名）	
E-mail アドレス： @ ※メールでのご連絡を希望される場合はご記入ください。	

貴院でのボランティア活動について、下記のとおり申し込みます。

記

活動可能期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	曜日（月・火・水・木・金） 週（ 回）	
	時間帯（ 時 ～ 時）	
活動内容（希望）		
健康状態 ※	☐ 良好 ☐ 通院中 ☐ 治療済	病名・既往症 （ ）
ボランティア経験	あり（内容： ） ・ なし	
ボランティア保険	加入済（他機関での加入含む） ・ 未加入	
特技（各種免許含む）		

※医療機関内での活動にあたり、あらかじめ申告が必要であると考えられる病気

（例：結核等の感染症。精神疾患等）がある場合は、必ずご記入ください。

ご記入いただきました個人情報、当院のボランティア活動以外に使用いたしません。