

慈三管ボ()第××号

病院ボランティア活動証明書

氏名 慈恵 花子

生年月日 昭和〇〇年△△月□□日

当院においてボランティア活動を行ったことを証明致します。

期間 : 平成〇〇年△月□日 ~平成〇〇年△月□日

日数 : □□ヶ月間

活動内容 : 案内所付近での誘導、診療科や病院内等の案内、
タクシーやエレベーターの乗り降りの補助等

平成〇〇年△月□日

東京都狛江市和泉本町4丁目11番1号
東京慈恵会医科大学附属第三病院
院長 ○○ ○○