

フリガナ 氏 名	男・女		写 真 (3×4 c m)
生年月日	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	年 月 日より		
活動終了予定日	年 月 日まで (未定の場合は記載不用)		
希望する活動内容			
趣味・資格・特技等			

東京慈恵会医科大学附属柏病院長 殿

※ 未成年者は、保護者の署名も必要です。