

葛飾医療センター・ボランティア登録申込書

フリガナ 氏 名	男 ・ 女		写 真 (3 cm×4 cm)
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住 所	〒 電話 () —		
勤 務 先 または 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。⇒ ない ・ ある () 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・時間等	活動を希望する曜日： 曜・ 曜・ 曜・ 曜・ 曜 活動を希望する時間： AM 時 分～ 時 分 PM 時 分～ 時 分 活動を希望する回数： 週 回 または 月 回		
活動開始希望日	年 月 日より		
希望する活動内容			
趣味・資格・免許・特技等			

貴院でのボランティア活動について上記のとおり申し込み致します。

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター院長 殿
氏 名 _____ 印
保護者氏名 _____ 印
(続柄 :)
※ 未成年者は、保護者の署名・捺印も必要です。