

# ボランティア申込書

平成 年 月 日

湘南鎌倉人工関節センター 院長 殿

下記の通りボランティア活動を行いたく、申請します。  
尚、活動にあたっては、貴院の規則を遵守し、担当職員の指示に従います。

写真添付  
4cm×3cm

ふりがな				印		
氏名						
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (満才)	性別	男・女
住所	〒					
連絡先	自宅			携帯		
	e-mail					
緊急時連絡先	住所			電話番号		
	氏名			関係		
来院方法	徒歩 車 公共交通機関( ) その他( )					
活動可能曜日	月 火 水 木 金			備考		
活動稼働時間	AM	時	分	～	時	分
	PM	時	分	～	時	分
活動開始可能日	即日から可		・	月	日から可	備考
当院でボランティアを希望される理由						
ボランティア活動経験	有・無		有の場合			
			内容			
		期間				
ボランティア活動にあたり①から④の既往歴について○を付けて下さい。						
①おたふくかぜ 既往歴：ある・なし ワクチン接種：あり・なし・不明						
②水疱瘡 既往歴：ある・なし ワクチン接種：あり・なし・不明						
③はしか 既往歴：ある・なし ワクチン接種：あり・なし・不明						
④風疹 既往歴：ある・なし ワクチン接種：あり・なし・不明						

※ボランティア情報は、ボランティア活動以外には使用いたしません。

氏名 印

保護者氏名 印 (続柄: )

※未成年者は、保護者の署名も必要です。