

# 富山市民病院ボランティア申込書

平成 年 月 日

富山市民病院長 様

(ふりがな)

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 大・昭・平 年 月 日生

〒

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 : 連絡先名

: 電話番号

写 真

下記のとおり、富山市民病院が行っているボランティア活動に参加したいので申し込みます。なお、ボランティア活動にあたり、富山市民病院が定める規則を遵守することを誓います。

## 記

ボランティア可能な期間	年 月 日 ~ 年 月 日
ボランティア活動の希望があれば記入して下さい	
希望する曜日と 時間帯	曜日 (1日に2時間以上お願いします) 時 ~ 時まで (月~金・8:30~15:00)
ボランティア経験の有無	無 ・ 有 (経験内容:)
特技や資格	特技: 資格:
交通手段と 所要時間	徒歩・自転車・バス・市電 およそ 時間 分 (自家用車を利用される方は、駐車料金は自己負担です)
ボランティア保険	保険への加入を 希望する ・ 希望しない
現在の健康状態と 既往歴	健康状態は: 過去の病気など:
健康診断	受けた ( 月ごろ) ・ 受けていない
その他	

※ボランティア活動申込みの個人情報は、ボランティア活動以外には使用いたしません。