

ボランティア活動申込書

令和 年 月 日

金沢大学附属病院長 殿

申込者

住 所 _____

ふりがな

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

生年月日 年 月 日生 性別 (男・女)

下記のとおり，ボランティア活動をしたいので申し込みます。

なお，許可されたうへは，貴院の諸規則を守り，担当職員の指示に従います。

記

ボランティア活動の期間等	令和 年 月 日～令和 年 月 日 曜日 ～ 曜日, 時 ～ 時 回数 月 回, 週 回	
ボランティア活動の内容 (希望活動)		
ボランティア活動経験の有無	有・無	有の場合 内容 期間
ボランティア保険加入の有無	有・無	
健康状態及び既往症		
特技 (各種免許取得を含む)		
主な職歴		