

(様式1)

大阪医科大学附属病院ボランティア申込書

平成 年 月 日

大阪医科大学附属病院長 様

写 真

申込者氏名(ふりがな)

生年月日 M・T・S・H 年 月 日生

〒
住 所

電話番号

緊急連絡先 : 連絡先名

: 電話番号

下記のとおり、大阪医科大学附属病院がおこな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

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内容 | |
| 希望の曜日・時間帯 (1日2時間以上) 月~金(8:30~13:00) | 曜日 時 ~ 時 |
| ボランティア経験の有無 | 有(内容)・無 |
| 交通手段 | 徒歩、自転車、バス、電車 |
| 所要時間 | 時間 分 |
| ボランティア保険 | 加入済み 未加入 |
| 最近の健康状態 および既往歴 | |
| 健康診断 | 受けた(月)・受けていない |
| オリエンテーション希望日 | |
| その他 | |

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。