

国保葛巻病院ボランティア活動申込書

《個人用》

※印は事務局で記入します。

ふりがな 氏名			性別	生年月日	※番号
			男・女	年月日	
住所	〒		電話番号	()	
			FAX	()	
			携帯番号		
職業 (勤務先)	名称	住所	電話番号		
技術・技能・資格等					
活動日の交通手段					
その他	自分にできるボランティアサービスがある場合はお書きください。				
	※				

私は、葛巻病院ボランティア活動に上記のとおり申し込みます。
 なお、活動にあたっては、貴院の諸規則およびボランティア活動の心得を遵守し、
 担当職員の指示に従います。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印