

国保葛巻病院ボランティア活動申込書

《団体用》

※印は事務局で記入します。

ふりがな 団体名		構 成 員	※番号
		人	
住 所	〒	電話番号	()
		FAX	()
ふりがな 担当者名		役職名	
活 動 日 の 交 通 手 段 等	交通手段		
	活動日に参加できるおおよその人数		人位
そ の 他	団体等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。		
	※		

私たちは、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

代表者名 _____ 印