愛媛県立中央病院

ボランティア登録申込み書

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日氏　名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 現　住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| 連　絡　先 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| ボランティア　　　経験の有無 |  |
| ボランティア所属団体の有無 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| ボランティア希望曜日・時間 | 曜日　　　　時　　　　分　　～　　　　　曜日　　　　時　　　　分 |
| ボランティア希望内容 |  |
| 健康状況 |  | 病院までの　　交通手段自家用車 | 登録番号 |
| 備　考 |

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　愛媛県立中央病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞