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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞