

ボランティア活動申込書

平成 年 月 日現在

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和・平成	性別	
	年 月 日生 (満 歳)	男・女	
携帯電話			
E-mail			
現住所 〒			電話
			FAX

写真を貼る位置

- 縦 36~40mm
横 24~30mm
- 本人 胸から上
- 裏面にのりづけ
- 裏面に氏名記入

来院時間 約 時間 分 (徒歩・自転車・バス・鉄道)最寄り駅 線 駅
勤務先・学校名(学年)

どの位の頻度で活動できますか?	() 回/月・() 回/週・() 曜日
ボランティア経験は	過去 無・有 (活動内容)
ありますか?	現在 無・有 (活動内容)
ボランティア保険加入の有無	無・有 (加入先)
志望の動機	

最近の健康診断受診の有無	有 () ・ 無
健康状態	既往症
以下の疾病に罹患したことがありますか?	
麻疹	有 ・ 無 ・ 不明 ・ ワクチン接種済(接種年)
風疹	有 ・ 無 ・ 不明 ・ ワクチン接種済(接種年)
水痘	有 ・ 無 ・ 不明 ・ ワクチン接種済(接種年)
おたふく風邪	有 ・ 無 ・ 不明 ・ ワクチン接種済(接種年)

東大病院のボランティア募集はどこで知りましたか?			
ポスター	掲示場所 ()	ホームページ	東大病院・その他 ()
広報誌	広報誌名 ()	活動員からの紹介	紹介者 ()
その他	()		

その他
