

小児総合医療センター
ボランティア登録申込書

小児総合医療センターでボランティアとして活動を希望します。

※申込者は太線枠内のみを記入して下さい。

ふりがな 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日生
住 所 〒		自宅： ()	携帯： ()
		FAX： ()	E-mail:
緊急時の連絡先 (どなたに繋がるかご記入下さい)	()	(例：夫の携帯)	
センターまでの経路			
職 業 等	会社員・公務員・学生（学校名： _____ 年生）・その他（ _____ ）		
申込みの動機			
ボランティア保険の加入	加入済（加入予定者を含む） ・ 未加入		
ボランティア活動の経験 (活 動 内 容)	なし・あり [具体的に； _____]		
希望する活動の曜日等	第一希望 () 曜日の (時～ 時) ・月 () 回 第二希望 () 曜日の (時～ 時) ・月 () 回 ・特になし		
(その他、希望する活動内容、活用してほしい資格・特技等がありましたらご記入ください。)			

面接日	年 月 日	面接員	
-----	-------	-----	--

(決定後記入欄)

活動内容		活動場所 (病棟等)	
活動曜日	毎週 _____ 月 () 回 月 火 水 木 金	活動時間	AM _____ 時 ~ _____ 時 PM _____ 時 ~ _____ 時
健康状態	良 ・ 不良	その他・既往歴等	
オリエンテーション	年 月 日	開始日	年 月 日