

受付番号 \_\_\_\_\_

## 函館中央病院ボランティア活動申込書

ふりがな	
氏名	男 女
生年月日	大 昭 平 年 月 日( 才)
職 業	
住 所	
電 話 番 号	
携帯電話番号	

\*この欄内に、最近  
6ヶ月以内の写真  
を貼って下さい。  
  
(縦3.5cm × 横2.5cm程度)

このたび、函館中央病院における諸規定等を遵守し、コーディネーター及び当該活動部署の責任者等の指示のもとで、ボランティア活動を行いたいので、申し込み致します。

希望する活動内容																								
ボランティア経験																								
現在の健康状態																								
現在の健康状態 診断書を必ず添付																								
ボランティア活動保険加入の有無 加入している ・ 加入していない																								
活動を希望する曜日等																								
<table border="1"><thead><tr><th>活動可否</th><th>可・否</th><th>可・否</th><th>可・否</th><th>可・否</th><th>可・否</th><th>可・否</th><th>活動可否</th></tr><tr><th>曜日</th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th><th>曜日</th></tr><tr><th>時間帯</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><th>時間帯</th></tr></thead></table>	活動可否	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否	活動可否	曜日	月	火	水	木	金	土	曜日	時間帯							時間帯
活動可否	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否	活動可否																	
曜日	月	火	水	木	金	土	曜日																	
時間帯							時間帯																	