別紙１（第４条関係）

病院ボランティア活動申込書

会津医療センター附属病院長　殿

日付：　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ○名　前 | ○生年月日 |
| ○住　所 | |
| ○連絡先 | |
| ○病院までの交通機関 | |
| ○活動可能期間　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | |
| ○希望の曜日　（　月　・　火　・　水　・　木　・　金　） | |
| ○志望の動機 | |
| ○ボランティアの活動歴　（　有　・　無　）  　［有の場合は、活動期間及び活動内容を記入してください］ | |
| ○ボランティア保険　（　加入済　・未加入　） | |
| ○健康状態 | |
| ○現在の職業 | |
| ○趣味・特技など | |