

ボランティア活動申し込み書

年 月 日

京都府立医科大学附属北部医療センター病院長 様

氏 名

貴院においてボランティア活動を行いたいため、申し込みます。

- 1 氏 名 性別 (男 ・ 女)
- 2 年 齢 才(生年月日 昭和・平成 年 月 日)
- 3 住 所
〒 ()
市 (郡) 町
- 4 連 絡 先
- 5 健康診断書 (有 ・ 無)

以下のアンケートにご協力下さい。

ア ボランティア活動の経験はありますか。

あり (経験年数 年)

(ボランティア内容)

なし

イ 病院までの交通手段と所要時間を記入してください。

・交通手段 徒歩・自転車・バイク・バス・自家用車 (所要時間 分)

ウ どうしてボランティア活動をされようと思われましたか。

エ 希望する活動内容や質問事項があれば自由にお書きください。