

別記様式 1

ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 申 込 書

令和 年 月 日

島根大学医学部附属病院長 殿

住 所 〒 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 性別 男・女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 歳

電 話 \_\_\_\_\_

このたび、貴附属病院において下記によりボランティア活動をしたいので、申し込みます。

記

|                        |                                                  |
|------------------------|--------------------------------------------------|
| ボランティア活動の<br>可能な期間     | 年 月 日から<br>年 月 日まで                               |
| ボランティア活動の<br>希望の曜日・時間帯 | 活動希望曜日：<br>活動希望時間：                               |
| ボランティア活動の<br>内容（希望）    |                                                  |
| ボランティア活動の<br>経験        | 有<br>・<br>無<br>有の場合<br>内容：<br>期間：<br>所属ボランティア団体： |
| ボランティア保険への加入           | 加入済 ・ 未加入                                        |
| 現在の健康状況                |                                                  |
| 今までにかかった病<br>気         |                                                  |