

ボランティア活動申込書

年 月 日

兵庫県立こども病院長 宛て

私は、兵庫県立こども病院で次のとおりボランティア活動に参加をしたいので、ボランティア誓約書を添えて申し込みます。

フリガナ	(性別)	(生年月日)
氏名	男・女	年 月 日 (歳)
印		
住所	電話番号	
	1	
	2	
メールアドレス		
希望するボランティア活動（希望する活動に○を入れてください（複数希望可））		
1 病棟における療養支援		
2 外来フロアにおける病院案内		
3 患者様の兄弟姉妹の一時預かり		
職業又は学校名		
ボランティア経験の有無		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容 _____）		
活動可能曜日： 月 火 水 木 金（可能曜日に○を入れてください）		
活動可能時間帯：		
病院までの経路及び所要時間		
経路：		所要時間：
健康状態：現在治療中の方は、病名をお書きください		
<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治療中（病名： _____）		
その他		

* 以下の欄は20歳未満の場合のみ保護者が記入して下さい。

私は、ボランティア活動申込者の兵庫県立こども病院におけるボランティア活動について、同意いたします。

フリガナ	続柄	団体等においては団体名・職名
氏名 印		
住所	電話番号 ()	

※ 以下の欄は記入不要です。

【活動許可】

上記の者のボランティア活動は 許可 ・ 不許可 とする。

活動許可期間 年 月 日～ 年 月 日	参考事項
---	------

【ボランティア登録】

活動許可期間の活動状況	
特記事項	決定欄
登録番号	