

## ボランテ ィ ア 活 動 申 込 書

令和 年 月 日

旭川医科大学病院長 殿

申 込 者 ふり 氏 がな 名 ⑩

生年月日 昭・平 年 月 日生 (男・女)

郵便番号 ー

住 所

電話番号 ( ) ー

下記のとおり、ボランティア活動に参加を希望しますので申し込みます。

なお、許可されたうへは、貴院の定める個人情報に関する規定等の遵守と諸規則を守り、担当職員の指示に従います。

## 記

ボランティア活動の期間等	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 曜日 ~ 曜日、 回数 月 回、		時 ~ 時 週 回
ボランティア活動の内容 (希望活動)			
ボランティア活動経験	無		
	有	内容： 期間：	
ボランティア保険加入	無		
	有	保険会社名：	
健康状態 及び既往症			
主な職歴			
本院のボランティア活動のことを知った新聞等	(例：「北海道新聞」「知人から」など)		