受付番号：

ボランティア活動申込書

千葉大学医学部附属病院長　殿

　 　 年　　 月　　 日

申込者

（ふ り が な ）

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（男・女）

生年月日　　　　　　　 　　 年 　　月 　　日生（　　　歳）

　　　 （〒　　　－　　　　）

住　　所

電話番号（連絡先）

職　　業

**この度、貴院のボランティア活動心得を遵守し、ボランティア活動を行いたいので申込みます。**

　１．希望する活動内容

　２．ボランティア経験の有・無　　　　　　　　　　　　　　　　有り　　・　　無し

　　　　　　　　　　　　　　　　有りの場合： （期間）　　 　年　 　月　 　日　～　 　年 　　月　 　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内容）

　３．現在の健康状態　　　　　全く健康　 ・ 　やや不安 　・ 　その他（具体的に　　　　　　　　　　）

　４．今までにかかった病気（結核・その他感染症など）

　５．現在災害保険（ボランティア保険）の加入の有・無　　　　　 有り　　・　　無し

　６．希望する活動期間　　〔希望活動期間〕　　　　　 年 　　月 　　日　～　　　　 　年 　　月 　　日

　　　　曜日・時間

　　　　　　　　　　　　　〔希望活動曜日〕　 月　・　火　・　水　・　木　・　金

　　　　　　　　　　　　　〔希望活動時間〕　　　　時　　　　分　～　　　　時　　　　分まで

　７．面接希望日時　　　　〔　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

　　　※月～金、午前10時～午後4時の間でお願いいたします。

〔注〕該当事項は〇でかこんで下さい。