

# 大阪市立総合医療センターボランティア申込書

平成 年 月 日

下記のとおりボランティア活動をしたいので申し込みます。

ふりがな		写 真  3 × 4 cm の写真を 貼付してください。
氏 名		
生年月日 性 別	年 月 日 ( 男 ・ 女 )	
住 所 電話番号	〒 - TEL ( ) -	
現在のお仕事		
最近の健康状 態及び既往歴		
希望するボラ ンティア活動	外来案内 患者図書室 その他 ( )	
希望する曜日 と時間帯	曜日・ 時 ~ 時 ( 曜日は月 ~ 金、時間帯は一日につき 2 時間以上とします )	
ボランティア 活動経験	有 ・ 無 ( 有の場合は、活動内容及び場所を記入してください。 )	
希望動機		
資格・特技等		

未成年の場合は保護者の承認が必要となります。

保護者名

印