大阪市立総合医療センター
ボランティア登録・更新申請書

年　　月　　日

ふりがな 氏　　名		写　真 ３×４cm の写真を貼付してください。
生年月日 性　　別	年　　月　　日（ 男 ・ 女 ）	
住　　所	〒　　－	
電　　話	自宅・携帯 －　　－	
メールアドレス	@	
希望する活動	□外来案内　□裁縫 □学習支援　□外国語通訳 □その他（　　）	
希望動機 ※新規申請の場合のみ		
希望する曜日と時間帯 ※新規申請の場合のみ	曜日・　　時 ～　　時 （原則、平日９時～17 時）	
ボランティア活動経験 ※新規申請の場合のみ	有 ・ 無 （有の場合は、活動内容及び場所を記入してください。）	
資格・特技等 ※新規申請の場合のみ		

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（TEL）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿