

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		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	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)