　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

ボランティア活動申込書

（あて先）京都市立病院長

京都市立病院においてボランティア活動を行いたいので，下記のとおり申し込みます。

* 裏面に本人確認ができる証明書（運転免許証など）のコピーを貼り付けてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 印 | | 男 ･ 女 | | 写真貼付け欄  (ない場合は，後日  写真を撮ります)  ５cm×４cm |
| 氏　　　名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | 職　業 | |  | | |
| 緊急連絡先 |  | | | | | | | |
| 活動動機  希望する活動内容 | |  | | | | | | | |
| 活動可能時間 | | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日  毎　週　・　隔　週　　　　 特記事項  月・火・水・木・金  　　時から　　時まで | | | | | | | |
| ボランティア活動  経験の有無 | | 有・無 | (有の場合は,活動内容を記入してください) | | | | | | |
| 趣味・特技・資格 | |  | | | | | | | |
| 現在の健康状態 | |  | | | | | | | |
| 市立病院までの交通手段 | |  | | | | | | 所要時間：　　時間　　　分 | |
| ボランティア保険  加入の有無 | | 有・無 | (有の場合は,加入団体等を記入してください) | | | | | | |
| その他参考となる事項 | |  | | | | | | | |
| 未成年者保護者同意欄 | | 上記の者がボランティア活動員に申し込むことに同意します。  続柄：　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |