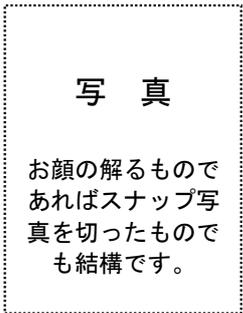


千葉労災病院ボランティア申込書

千葉労災病院長 殿



フリガナ		
氏 名		
生 年 月 日	年 月 日	生（満 歳） 男 ・ 女
現 住 所	〒	電話 () 携帯 () メールアドレス
連 絡 先	(現住所以外に活動中に連絡のつく連絡先) 〒 (連絡先名 【続柄 】)	電話 () 携帯 ()

健康状態および既往歴	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治療中（病名： ）
病院までの経路・所要時間	(経路) (所要時間) 時間 分
趣味・資格・特技等	
希望するボランティア活動内容 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 受診の受付等がわからない方や不自由な方への手伝い <input type="checkbox"/> 場所がわからない方への院内案内 <input type="checkbox"/> 車椅子の方への手助け <input type="checkbox"/> 敷地内の環境整備（除草、花の水やり等） <input type="checkbox"/> アルコール消毒液の補充
活動の曜日(頻度)・活動の時間帯 (土曜・日曜、祝日を除く8時～13時)	(活動曜日) 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 (毎週 ・ 隔週) (活動時間) 時 分 ～ 時 分
ボランティア経験の有無	<input type="checkbox"/> あり（以下にご記載ください） <input type="checkbox"/> なし (内容)
市原市ボランティアセンターへの登録状況 ※申込者全員へ登録をお願いしています。	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録

【担当者記入欄】

上記の者のボランティア活動は 許可 ・ 不許可 とする。

活動許可期間 20 年 月 日～3月31日まで	登録区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 (年目)	担当者
活動許可期間の活動状況	特記事項	