

長野県立こども病院長 様

ボランティア活動申込書

以下のとおり、貴院でボランティア活動をしたいので、申し込みます。

ふりがな				活動団体名（該当者のみ）
氏名				
住所	〒			
生年月日	年	月	日（歳）	電話番号
メールアドレス				
職業又は学校名				
希望するボランティア活動				希望する活動時間帯 ①期間 ②曜日 ③時間帯
当院ボランティア経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： ）			
ボランティア保険の加入	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入（保険名： ）			

※ 以下の欄は18歳未満の方の場合のみ、保護者が記入してください。

私は上記ボランティア活動申込者の貴院におけるボランティア活動について、長野県立こども病院ボランティアの受入れに関する要綱を承知し、同意します。

しめい氏名：	続柄：	電話番号：
住所（申込者と異なる場合）：		

※ 提供いただいた個人情報は、ボランティア活動に必要な事務のみに用い、個人情報保護法及び法人規程に基づき厳正に管理します。

担当者

【担当者記入欄】

1. 活動許可 上記の者のボランティア活動は 許可 ・ 不許可 が適当である。

活動許可期間 年 月 日～ 年 月 日	ボランティア保険手続き 年 月 日
------------------------	----------------------

2. ボランティア登録 上記の者はボランティアに 登録する ・ 登録しない が適当である。

登録区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続（初回： 年）	特記事項
登録番号	