

年 月 日

長野県立こども病院長 様

学校名

校長名



(担任教諭名)

同 意 書

本校の生徒である _____ が、保護者の責任の下、貴院で下記のとおりボランティア活動を行うことについて、同意します。

記

1 活動する内容	
2 活動する期間	
3 活動する曜日	
4 活動する時間帯	
5 特記事項	