

長野県立こども病院 ボランティア参加同意書

私は、_____が、長野県立こども病院のボランティアスタッフ
(参加者氏名)
として活動することに同意いたします。

20 年 月 日

ふりがな
保護者氏名 印
(保護者の直筆にてご記入ください。)

続柄

住所

緊急連絡先

※本同意書で得た個人情報は、ボランティア以外の目的では使用いたしません。