

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。