

ボランティア登録申請書

20 年 月 日

長野県立こども病院 院長 様

ふりがな	申請形態 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 団体
氏名	団体名(所属している方のみ)
現住所 〒	
連絡先	メールアドレス
生年月日 年 月 日(歳)	職業または学校名
健康状態 (現在治療中の方は、病名をお書きください) <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治療中(病名:)	
病院までの経路及び所要時間 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	
活動可能曜日: 月 火 水 木 金 (可能曜日に○を入れてください) 活動可能時間帯:	
ボランティア経験の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容)	
ボランティア保険の加入状況 (加入済みの保険名をお書きください) <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入 ()	
その他	

※個人情報の取り扱いについて

皆様からご提供いただいた個人情報については、個人情報に関する法令、規範および院内諸規程に則り適正に管理いたします。

【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	