

五稜郭病院ボランティア「ひまわり」活動申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人 函館厚生院

函館五稜郭病院長 殿

申込者住所

電 話 番 号

フリガナ

氏 名

生 年 月 日

年齢・性別

職 業

写 真 貼 付

下記のとおり、貴院においてボランティア活動を行いたいので申込みます。

なお、活動にあたっては、貴院のボランティア活動規約を遵守し、担当職員の指示に従います。

記

ボランティア活動の希望等	活動週・曜日	毎週・隔週 月・火・水・木・金・土 (○で囲む)
	活 動 時 間	8時30分～12時00 / 12時00分～15時00分
ボランティア活動経験	有 ・ 無	※有の場合、活動した内容・期間等を記入して下さい。
ボランティア保険加入		加 入 ・ 未 加 入
各種免許取得状況		
主な職歴		
趣 味・特 技		
志望動機		
私のボランティア観		

※写真(4.5cm×3.5cm) 2枚を用意の上、裏面に氏名を記入して、1枚を本様式の指定箇所
に貼付し、1枚をクリップなどで添付して下さい。

登 録 番 号		登 録 年 月 日	
---------	--	-----------	--