

令和 年 月 日

神戸市立西神戸医療センター 病院ボランティア申込書

ふりがな

氏 名 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

住 所 _____

電話番号 _____

(未成年の方のみご記入ください。)

保護者名 _____ 印 (続柄)

写 真

(スナップ写真で結構です。)

希望活動曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 (活動可能な日を○で囲んでください。)
文化活動等で得意な分野があればご記入ください。(例：外国語・手話・折紙・絵)	
ボランティア活動経験の有無 (有 ・ 無) ある方は、その期間・内容等をご記入ください。	
何かご意見・ご希望がありましたら、お書きください。	