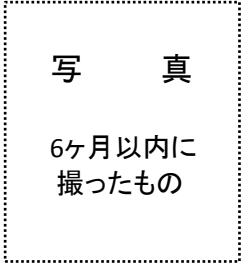


阪大病院ボランティア申込書

平成 年 月 日

大阪大学医学部附属病院長 殿

(ふりがな)
 申込者氏名 _____
 生年月日 昭・平 年 月 日 男・女 _____
 〒 - _____
 住所 _____
 電話番号(携帯) - - _____
 電話番号(固定) - - _____
 メールアドレス @ _____



下記のとおりボランティア活動をしたいので、申し込みます。

記

ボランティア活動の可能な期間 (年度更新 最長の場合、年度末まで)	年 月 日 ~ 年 月 日	
希望の曜日と時間帯 (月～金 8:30～17:00) (1日2時間以上)	月 火 水 木 金 時 分 ~ 時 分 月 火 水 木 金 時 分 ~ 時 分	
自家用車利用	有 ・ 無	
ボランティア活動の希望(☑を) (活動内容)	<input type="checkbox"/> 正面ホール <input type="checkbox"/> 小児科外来 <input type="checkbox"/> CT室 <input type="checkbox"/> 図書室 <input type="checkbox"/> 縫製 <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 糖尿病教室 <input type="checkbox"/> 入退院センター <input type="checkbox"/> その他 具体的に()	
ボランティア活動経験の有無	有 ・ 無	
	有の場合	内容
		期間
ボランティア保険	加入済 ・ 未加入	
最近の健康状態及び既往症	健康状態	
	既往症	
特技・資格(各種免許含む)	特 技	
	資 格	
主な職歴		

※ご記入いただいた個人情報は、ボランティア活動以外には使用いたしません。
 また、申込者の同意なく第三者へ開示・提供いたしません。