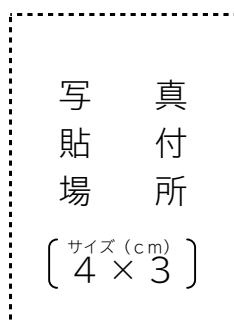


## ボランティア(HITOフレンズ)活動申込書兼個人情報同意書

年 月 日

(社医) 石川記念会 HITO病院 病院長 殿



申込者

〒

住 所

(ふりがな)

氏 名

⑩

生年月日

年

月

日生

職業

電話番号

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。

なお、許可された上は、貴病院のボランティア規定及びボランティア活動の心得を遵守し、担当職員の指示に従います。

記

ボランティア活動の期間等 (予定)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	曜日 時 分 ~ 時 分	
希望するボランティア活動の内容		
ボランティア活動経験の 有 無	有・無	有の場合
		内容
		期間
健康状態及び既往症		
特技 (各種免許含む)		
主な職歴		
ボランティア保険加入の有無	有・無	
緊急連絡先	続柄 ( ) - -	
メールアドレス	@ 病院からのボランティア活動およびイベントについての連絡に使用します。	

個人情報の取得および利用について、緊急連絡時利用または当院からの各種案内等によるものについて予め同意致します。

年 月 日

同意者氏名 (自署)

印