光市立光総合病院長　殿

光市立光総合病院ボランティア申込書

下記、事項に同意した上で、光市立光総合病院でのボランティア活動を申し込みます。

記

1. ボランティア活動を誠実に実行します。
2. ボランティア活動中に知り得た情報は、外部に漏らしません。
3. ボランティア活動中に、患者さんが不快に思われるような言動は慎みます。
4. 光市立光総合病院の方針に従って活動を行います。

申込日　　　　　　　　年　　　月　　　日

申込者

フリガナ

（氏　名）　　　　　　　　　　（生年月日）　　　　　年　　　月　　　日

（郵便番号）　〒　　　　－

（住　所）

（電話番号）　　　　　　　－　　　　　　－

申込理由

活動希望内容

活動希望日時

ボランティア経験　　　有 （期間　　　　内容　　　　　　　　）　・　無

現在の健康状態

ボランティア保険加入　　　有　　・　　無

特記事項

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　光市立光総合病院