

ボランテ ィ ア 活 動 申 込 書

年 月 日

京都大学医学部附属病院長 殿

(申請者)

フリガナ

氏名： _____ 性別：男・女

〒 _____

住所： _____

生年月日： _____ 年 月 日 (_____ 歳)

職業： _____ (学生の場合は学校名： _____)

連絡電話番号： _____

E-mail： _____ @ _____ (メールでの連絡を希望される場合はご記入ください。)

写真添付
(縦4×横3cm)
※上半身が
写ったもの

貴院でのボランティア活動について、下記のとおり申し込みます。
なお、許可されたい場合は、貴院の指示及び規則を遵守いたします。

記

活動可能期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	曜日 (月・火・水・木・金) 週 () 回	
	時間帯 (_____ 時 ~ _____ 時)	
活動の内容 (希望)		
健康状態 (※)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治療済	病名・既往症 (_____)
ボランティア経験	あり (内容： _____) ・ なし	
ボランティア保険	加入済 (他機関での加入含む) ・ 未加入	
特 技 (各種免許含む)		
備 考		

※医療機関内での活動にあたり、あらかじめ申告が必要であると考えられる病気
(例：結核等の感染症、精神疾患等) のある場合は必ずご記入ください。

ご記入いただきました個人情報は、病院ボランティア活動の範囲内でのみ利用いたします。

ボランティア活動申込書

〇〇〇〇年〇月〇日

京都大学医学部附属病院長 殿

(申請者)

フリガナ

氏名： 京大 花子 性別：男・女

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住所： 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇〇番地生年月日： 〇〇〇〇年 〇月 〇日 (〇歳)職業： 主婦 (学生の場合は学校名：)連絡電話番号： 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇E-mail： 〇〇〇@〇〇.〇〇.jp

〔メールでの連絡を希望される場合はご記入ください。〕

貴院でのボランティア活動について
なお、許可されたうえは、貴院の指示

病院からのお知らせを、メールでの連絡を希望される場合はご記入ください。必須ではありません。

写真添付
(縦4×横3 cm)
※上半身が
写ったもの

写真を貼り付けてください。

記

活動可能期間	〇〇〇〇年4月 1日 ~ 〇〇〇〇年3月 31日	
	曜日 (月・火・水・ 木 ・金) 週 (<u>1</u>) 回	
	時間帯 (<u>10</u> 時 ~ <u>14</u> 時)	
活動の内容 (希望)	(例) 〇〇ボランティア	
健康状態 (※)	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治療済	病名・既往症 (<u> </u>)
	ボランティア経験 あり (内容： <u> </u>) ・ なし	
ボランティア保険	加入済 (他機関での加入含む) ・ 未加入	
特 技 (各種免許含む)		
備 考		

※医療機関内での活動は
(例：結核等の感染症、

個人で加入されていたり、本院以外の団体でボランティア保険に加入されている方は、「加入済」に○をしてください。それ以外の方は「未加入」に○をしてください。

保険は個人が被保険者となりますので、ボランティア活動中であれば、所属されている団体に制約されることはありません。

ボランティア保険への登録手続きを本院で行い、皆さんに保険に加入していただきます。