

千葉労災病院ボランティア申込書

千葉労災病院長 殿

写 真

お顔の解るもので
あればスナップ写
真を切ったもので
も結構です。

フリガナ		
氏 名		
生 年 月 日	年 月 日生（満 歳） 男 ・ 女	
現 住 所	〒	電話（ ） 携帯（ ） メールアドレス
連 絡 先	（現住所以外に活動中に連絡のつく連絡先） 〒 （連絡先名 【続柄 】）	電話（ ） 携帯（ ）

健康状態および既往歴	☐ 良好 ☐ 治療中（病名： ）
病院までの経路・所要時間	（経路） （所要時間） 時間 分
趣味・資格・特技等	
希望するボランティア活動内容 （複数回答可）	☐ 受診の受付等がわからない方や不自由な方への手伝い ☐ 場所がわからない方への院内案内 ☐ 車椅子の方への手助け ☐ 敷地内の環境整備（除草、花の水やり等） ☐ アルコール消毒液の補充
活動の曜日（頻度）・活動の時間帯 （土曜・日曜、祝日を除く8時～13時）	（活動曜日） 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金（ 毎週 ・ 隔週 ） （活動時間） 時 分 ～ 時 分
ボランティア経験の有無	☐ あり（以下にご記載ください） ☐ なし （内容）
市原市ボランティアセンターへの登録状況 ※申込者全員へ登録をお願いしています。	☐ 登録済 ☐ 未登録

【担当者記入欄】

上記の者のボランティア活動は 許可 ・ 不許可 とする。

活動許可期間 20 年 月 日～ 3 月 31 日まで	登録区分 ☐ 新規 ☐ 継続（ 年目）	担当者
活動許可期間の活動状況	特記事項	