

## 病院ボランティア申込書

大阪医科薬科大学病院長 殿

写 真

フリガナ		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。
氏 名		
生年月日	S・H 年 月 日生 (満 歳) 男・女	
現住所	〒	電話 - - 携帯 - - e-mail
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 - -

大阪医科薬科大学病院のボランティアポリシーの趣旨に賛同し、下記のとおりボランティア活動に参加したいので申込みいたします。

## 記

予定しているボランティア活動の期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
希望するボランティア活動内容		
活動の曜日と活動の時間帯 (土曜・日曜、祝日を除く8:30~13:00)	(活動曜日) 月・火・水・木・金	(活動時間) ( : ~ : )
ボランティア経験の有無	(内容) あり	ボランティア保険 1・他所加入済み 2・未加入
	なし	
交通手段と所要時間	1・電車 2・バス 3・自転車 4・徒歩	所要時間 時間 分
健康状態および既往歴		

個人情報、原則として第三者に開示いたしません。

但し、活動中において緊急を要する場合、本人の同意を得ることが困難であるときは例外的に第三者に開示することがあります。

病院長	事務部	患者サービス課