

草加市立病院ボランティア「クローバー」入会届

令和 年 月 日

草加市立病院

病院長 鎌田 成芳 様

私は、草加市立病院においてボランティア活動を行いたいので、次のとおり申し込みます。
なお、活動にあたっては、貴院の規則を遵守し、担当職員の指示に従います。

フリガナ	
氏名	
生年月日等	年 月 日生 (歳) 男・女
住所	〒
電話番号	自宅 () 携帯
志望の動機	
ボランティア 経験の有無	有・無 (有の場合は、活動内容及び場所を記入してください。)
特技・資格等	
希望する 活動日	毎日 月 火 水 木 金 土 (○で囲む)
活動時間	時 分 ~ 時 分
備考	

※ 未成年者は、保護者の署名が必要です。

保護者名 _____ 印