

久留米大学病院内ボランティア活動参加申込書

※名札用のお写真(3×2.5cm)1枚を一緒にご提出ください

ボランティア活動をしていただく際の参考にいたしますので以下の事項にお答えください。

ふりがな _____ 性 別 男性 ・ 女性 _____

氏 名 _____ 生年月日 T・S・H 年 月 日 _____

自宅住所 〒 _____

自宅TEL (_____) _____ 携帯TEL _____

メールアドレス _____

所 属 (勤務先名/学校名・学年) _____

希望連絡先 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 (いずれかに○印をお願いします)

ボランティアに申し込まれた動機または理由

ボランティアの内容

(活動時間：外来 午前中、病棟 午後、活動日：月～金曜日で土・日祭日除く)

■希望の活動場所

外来案内 ・ 病院学級 ・ 小児科病棟 ・ その他(_____)

■活動日時

・ 年 月 日(曜日)から開始

・週 回(_____)曜日、時間帯 : ~ :

※外来案内は事前研修として数回ほど先輩ボランティアの方と一緒に活動していただきます。

■特技・資格等

(_____)

■ボランティア活動保険について 加入する ・ 加入しない

※未加入の方は、事務局で手続きを行います。

現在の医療に対するお考え、ご意見、大学病院に対する印象など

お問い合わせ先 〒830-0011 福岡県久留米市旭町67
久留米大学病院 管理課 ボランティア担当
TEL:0942-31-7602 FAX:0942-32-6278