

# 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

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)				

## ボランティアの内容(活動日は月～金曜日で土・日祭日除く)

### ■希望のボランティア(・活動場所)

外来案内 ・ 病院学級 ・ 小児科病棟 ・ その他( )

※新型コロナウイルス感染症の影響により、活動を停止する場合があります。

### ■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加入 する ・ しない

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。

## ボランティアに申し込まれた動機または理由

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

## 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