

別紙様式

松山市民病院ボランティア活動申込書兼個人情報同意書

一般財団法人永頼会 松山市民病院 病院長 殿

写真貼付場所
4 × 3cm

申込者

〒

住所

ふりがな

氏名

生年月日

年

月

日

職業

電話番号

下記の通りボランティア活動をしたいので申し込みます。

なお、許可された上は、貴病院のボランティア規定及びボランティア活動の心得を遵守し
担当職員の指示に従います。

ボランティア活動の期間等 予定	年	月	日	～	月	日
	曜日	時	分	～	時	分
希望するボランティア活動内容						
ボランティア活動経験の有無	有	有り内容				
	無	期間				
健康状態及び既往歴						
特技(各種免許を含む)						
主な職歴						
ボランティア保険加入の有無	有	無				
緊急連絡先	続柄	()	—	—		
メールアドレス 病院からの活動連絡に使用						

個人情報の取得及び利用に関して、緊急連絡時の利用または当院からの各種案内等について予め同意を致します。

同意者氏名(自署)

印