

ボランティア活動申込書

年 月 日

男鹿みなと市民病院長 殿

貴院においてボランティア活動を行いたいのので、下記の通り申し込みます。

申込日	年 月 日		
ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
本人連絡先	住所（〒 — ）		
	自宅電話番号	—	—
	携帯電話番号	—	—
緊急連絡先	連絡先名		
	電話番号	—	—
申請の理由			
活動希望日時	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 時 分 ~ 時 分		
現在の健康状態 および既往歴			
ご質問 ・ ご要望			

【申込書提出・問い合わせ先】

男鹿みなと市民病院 総務医事班

〒010-0511

男鹿市船川港船川字海岸通り1号8番6

電話：0185-23-2221 FAX：0185-23-2033