

## ボランティア活動登録申込書兼同意書

登録 第 \_\_\_\_\_ 号

申込日	西暦	年	月	日
継続・変更日	西暦	年	月	日
退会日	西暦	年	月	日

写真貼与  
(3×4cm)

ふりがな 氏名				
生年月日	西暦	年	月	日 ( 男 ・ 女 才 )
住所	〒			
連絡先	自宅電話番号：		FAX：	
	携帯電話番号：			
	メールアドレス：			
職業	勤務先：			
	学校名：			
志望動機				
活動したい内容	第1希望 ( )			
	第2希望 ( )			
	第3希望 ( )			
活動日	決まっている： 曜日 時 ~ 時			
	決まっていない： 月 回			
資格・経験	ハートフルヘルパー研修受講 済 ・ 未			
	ヘルパー： 3級 ・ 2級			
	その他(例：看護師 )			
ボランティア経験	有 (内容： )			
	無			
その他				

～ 同 意 書 ～

川崎市立多摩病院におけるボランティア活動により知り得た情報は、当該活動以外では利用しません。  
また、退会後においても当該活動により知り得た情報を漏らすことはいたしません。

川崎市立多摩病院の患者様等に、当該活動において営業行為、類する誤解を招く行為はいたしません。

西暦 年 月 日

署名欄 \_\_\_\_\_