**「病院ボランティア」エントリーシート**

　　　年　　　月　　　日現在

|  |
| --- |
| フリガナ |
| 氏　名 |
| 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日生（満　　　　歳） | 男 　・ 　女 |
| フリガナ |
| 現住所　〒（　　　－　　　） |
|
| 携帯電話 |  | E-mail | 　　　　　　　　　＠ |

|  |  |
| --- | --- |
| ボランティア活動期間※西暦 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| 希望活動時間※希望の曜日を☑※月～金/8：30～16：001日／2時間以上 | ・□月　　□火　　□水　　□木　　□金　　　活動時間：　　　時　　　分　～　　　時　　　分・□月　　□火　　□水　　□木　　□金　　　活動時間：　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 希望活動内容※希望内容を☑ | □外来初診・再診手続きのご案内　　　□再来機受付の操作お手伝い□自動精算機の操作お手伝い　　　　　□入院患者さんの病棟への案内□病院内の案内誘導（車いすの介助）　□病棟内の配膳・下膳 |
| マイカー利用の有無 | □有（□自転車　□原動機付自転車　□自動車（普通自動車、自動二輪車）□無 |
| ボランティア活動経験※西暦 | □有　※下記を回答ください　　　□無 |
| 内容： |
| 期間：　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| 所属ボランティア団体： |
| ボランティア保険 | □加入済み　　□未加入 |
| 直近の健康状態・既往歴 |  |
| 特技・資格など |  |
| 振込口座　※本人名義 | 銀行　　　　　　　　支店（店番　　　　　　） |
| □当座　　□普通 | 口座番号　　　　 |  |

※ご記入いただいた個人情報は、病院ボランティア活動以外には使用いたしません。

　また、申込者の同意なく第三者へ開示・提供いたしません。