

(様式1)

第 号

平成 年 月 日

登録申込書

私は、ボランティアとして活動したいので、下記のとおり申込みます。

東京都健康長寿医療センター長 殿

ふりがな 氏名	性別 男・女	年齢 歳
住 所	〒	TEL 自宅 団体
職 業	(学生の場合は、学校名と学年を記入して下さい)	
活動の動機 目的		
ボランティア保険	<input type="checkbox"/> 加入済 · 未加入 <input type="checkbox"/> ボランティア保険証の番号 <u>会社 No.</u>	
ボランティア活動の経験 (活動内容)	有() · 無	
所 属 団 体 名		
活動希望の日時	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日・月・火・水・木・金・土 <input type="checkbox"/> 時間 時から 時まで	
希望する活動内容		
活用したい資格・特技等		
紹介者の有無	有() · 無	
緊急時連絡先		

確認
印

看護部

看護部

総務課長

総務係長

担当者