

令和 年 月 日

東京都健康長寿医療センターボランティアスタッフ登録申込書

私は、東京都健康長寿医療センター（以下「センター」という。）のボランティアスタッフとして活動したいので、本人確認書類を添えて、以下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	(ふりがな)	生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)		
		メールアドレス			
住 所	〒		電話番号 ※最も連絡のつきやすい番号を記入してください。		
職 業	☐ 会社員 ☐ 主婦 ☐ 学生（学校名： 学年： ） ☐ その他（ ）				
活動の動機 ・目的等					
ボランティア活動経験	☐ 有（内容： ）・ ☐ 無				
傷害保険	☐ 加入 会社 保険番号 ☐ 未加入				
活動希望日時	日にち (曜日)	※少なくとも月2回以上となるよう御記入ください。			
	時間帯	☐ 時から 時まで (うち 時間以内)			
希 望 す る 活 動 内 容					
紹 介 者 の 有 無	有 () ・ 無				
緊 急 時 連 絡 先	氏名 続柄 () ※任意 電話番号				

(センター使用欄)

本人確認	1点のみで確認できるもの： ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書 ☐ 在留カード ☐ 特別永住者証明書 ☐ パスポート				
	2点必要なもの（Aグループから1点、Bグループから1点）： A ☐ 社員証、学生証 ☐ 公共料金の領収証(2種以上) B ☐ 健康保険証・組合員証 ☐ 年金手帳 ☐ 介護保険証 ☐ 後期高齢者医療被保険者証 ☐ 住民票 (確認者)総務課総務係 氏名：				
面接者・面接日	① 所属：	氏名：			面接実施日 令和 年 月 日()
	② 所属：	氏名：			
	③ 所属：	氏名：			
登録可否	☐ 可 ☐ 不可				
活動期間	活動開始予定 年 月 日		活動終了予定 ☐ 終期有 年 月 日 ☐ 終期なし		
その他					
活動所管部署担当	所属 氏名 内線 PHS				
	総務課			活動所管部署 ()	
	課長	係長	担当		