

別紙様式2(第3条関係)

宮崎大学医学部附属病院ボランティア登録申請書(団体用)

年 月 日

宮崎大学医学部附属病院長 殿

団体名

代表者氏名

このたび、貴病院においてボランティアとして活動したいので、別添希望調書を添えて申請します。

(別添)

宮崎大学医学部附属病院ボランティア希望調書

申込区分	□ 個人 □ 団体（団体名： _____） ※ボランティア団体として活動される場合は、団体に☑してください		
ふりがな 氏 名			
生年月日	年 月 日生（満 歳）	性別	男・女
住 所	（〒 ）		
連絡先	電話	FAX	
	メールアドレス	携帯電話	
志望動機			
ボランティア 経験の有無	有・無	有の場合、経験内容をご記入ください。	
ボランティア 活動の希望	活動内容： 活動曜日：		
ボランティア保険 加入の有無	有・無	有の場合、保険名称をご記入ください。 （保険名称： _____） 無の場合、保険に加入していただきます。（費用は本院が負担します）	
その他特記事項	※ボランティア活動するうえで不安なこと（健康面など）がありましたらご記入ください。		

※団体での申し込みの場合は、活動される方全員分を申請書と併せてご提出ください。
※提出された書類に記載されている情報は、宮崎大学医学部附属病院ボランティア決定の手続き、連絡のために利用され、その他の目的には利用しません。

宮崎大学医学部 附属病院記入欄	審査結果を記載。受入れ「否」の場合はその理由を記載。
--------------------	----------------------------