

部長	シニアマネージャー	マネージャー	担当
月 日	月 日	月 日	月 日

第 号

社会福祉法人 三井記念病院 イベントボランティアスタッフ申込書

- () 出演スタッフ(演奏者)
 () 企画・運営スタッフ
 () 会場進行スタッフ
 * 参加したい活動に○印をお願いします

西暦 年 月 日

代表者氏名 ^{ふりがな}	男 ・ 女	生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)
〒 住所		自宅電話番号 携帯電話番号 メールアドレス (差支えなければ)	
連絡係氏名 ^{しめい}			
個人又はグループ名			
個人又はグループ構成			
グループ演奏楽器 (企画・会場進行希望者は不要)			
活動目的			
これまでの活動の内容・経験			
その他			

※申込者は太線枠内のみを記入してください

(病院担当者記入)

活 動 人 数	
活 動 日	
備 考	