

院長	事務長	部長	SM	M	担当
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

第 号

社会福祉法人三井記念病院 ボランティア登録申込書					
社会福祉法人三井記念病院のボランティアとして活動したいので、下記の通り登録いたします。					
社会福祉法人三井記念病院長 殿					
西暦 年 月 日					
〒 住所	電話番号 メールアドレス	自宅 携帯	() ()		
ふりがな 氏名	男・女	生年月日	西暦	年 月 日 (歳)	
職業等 ○で囲む	会社員・主婦・無職・学生（学校名及び学年） その他（具体的に）				
活動動機					
ボランティア保険の加入	加入済み		・	未加入	
健康診断	済み		・	未	
ボランティア活動の経験 (活動内容)					
希望する活動曜日・時間	毎週 月/火/水/木/金/土	時間帯 : ~ :	特に希望なし		
活動目的					
応募のきっかけ	ちよだボランティアセンター・当院ポスター・ホームページ・その他()				
希望する活動内容 活用したい資格等					
緊急時の連絡先	氏名		電話番号	()	

※ 申込者は太線枠内のみを記入してください

(面接者記入)

活動場所及び内容					
希望する活動曜日・時間	毎週 (曜日)	時間帯	: ~ :		
オリエンテーション	年 月 日				
活動開始日	年 月 日				
備考					
本人確認	免許証 ・ マイナンバーカード				
面接者	年 月 日				