

第1号様式（第4条第1項関係）

地方独立行政法人市立東大阪医療センターボランティア登録申込書 地方独立行政法人市立東大阪医療センター院長 殿 私は、地方独立行政法人市立東大阪医療センターのボランティアとして活動したいので、下記のとおり申し込みます。	
住所 〒	電話番号 — —
ふりがな 氏 名	
生年月日	年 月 日
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（ ）
ボランティア保険の加入	加入済 ・ 未加入
活動経験（活動内容）	あり（ ）・なし
希望する活動曜日・時間	（ ）曜日の（ 時から 時）・特になし
活動動機・その他 ・希望する活動内容 ・活用してほしい資格 ・特技 等	

（面接者記入欄） 面接者 _____

活動場所			
活動内容			
活動曜日	毎週・隔週（ ） 日 月 火 水 木 金 土	活動時間	時から 時まで
オリエンテーション	年 月 日		
活動開始日	年 月 日		
備考			