緩和ケア病棟　ボランティア活動 参加申込書

注意）楷書での記載をお願いします

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日　年齢 | 年　　月　　　日　　　歳 |
| 氏　　名 |  | 性別 | 男性 ・ 女性 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| 連絡先 | 自宅 | | | 来院時の交通手段 | |  |
| 携帯 | | | 分 |
| mail | | | ボランティア経験 | | 有　・　無 |
| 職業 |  | (所属施設名) | | | | |
| (住所) | | | | |
| (電話番号) | | | | |
| 趣味・特技 |  | | 活動の  希望動機 | |  | |
| 希望の  活動内容 |  | | 活動の  希望日時 | |  | |
| 要望など |  | | | | | |

お問合せ・申し込み　　〒351-0102　埼玉県和光市諏訪2-1

埼玉病院　緩和ケア病棟　緩和ケア内科医師　春日真由美

☎℡ 　048-462-1101（代表）

📠Fax　048-464-1138