

ボランティア登録シート;緩和ケア病棟（新規）

私は、県立はりま姫路総合医療センター・ボランティアに登録します

申請日： 年 月 日

面接希望日	年 月 日 () : ~ :	※初回登録時のみ記入
面接担当者		

項目	内容	
登録者	ふりがな	生年月日
	氏名	年 月 日
	郵便番号	〒 -
	住所	
	自宅	- -
	携帯電話	- -
登録に関すること	登録の動機	
	希望される活動 (重複可能)	<input type="checkbox"/> 傾聴ボランティア <input type="checkbox"/> 季節の行事ボランティア <input type="checkbox"/> 日常生活ボランティア <input type="checkbox"/> 音楽ボランティア：演奏できる楽器()
	活動希望曜日	活動希望曜日： 曜日
		*参考のため変更可能な活動曜日に○をつけてください 月・火・水・木・金 活動時間は14時～16時ですが、ご希望がある場合は記入してください 時 分 ~ 時 分
	活動開始日	年 月 日 () ~
	交通手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 (駅 ~ 駅) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩
病院までの所要時間	約 時間 分	
その他	ボランティア経験歴	年 傾聴ボランティアの経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	ボランティア保険加入の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	健康状態	
	趣味特技など	
備考		