別紙様式１

　　　　　　　　　　　　　ボランティア活動申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

山形大学医学部附属病院長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | ふりがな |  | 写真添付(縦4×横3㎝)上半身が写ったもの |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日（男・女） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　＠ |

　　　　下記のとおりボランティア活動を行いたいので，申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ボランティア活動の希望期間等 | 　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 毎週　　月・火・水・木・金（活動可能な日を○で囲む。） |
| 　８：３０～１２：００ |
| ボランティア活動の内容 | 外来ボランティア |
| ボランティア活動経験の有・無 | 有・無（○で囲む。）有の場合，その期間・内容等を記入する。期間内容 |
| ボランティア保険加入の有・無 | 有・無（○で囲む。） |
| 通勤の方法 | 徒歩・バス・自家用車（○で囲む。） |

注１　活動期間は、令和８年３月３１日までの１年間とし、以降双方の合意により更新します。

２　写真は活動員証に利用いたします。