

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3cm) 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 3 1 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。