

# 兵庫医科大学病院ボランティア登録票

年 月 日

ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日	年 月 日生 (満 歳)		
住所			
電話番号			
活動曜日 時間帯	(活動曜日) 月・火・水・木・金	(活動時間) : ~ :	
交通手段 所要時間	(交通手段) 電車・バス・自転車・徒歩	(所要時間) 時間 分	
活動内容	○初診受付(案内・補助) ○材料作り ○その他 ( )		
備 考			
・ボランティア経験 : 有 ・ 無 ・趣味 : ・健康状態および既往歴 :			写真 ※当院で撮影します。