医療法人敬仁会　函館おしま病院

函館おしま病院ボランティア
応　募　用　紙

証明写真
（３ヶ月以内）

サイズ
（３×４ｃｍ）

この度のボランティア募集に際し、応募希望の方は、当応募用紙に必要な事柄をご記入いただき、期日までにご提出くださいますようお願いいたします。

（ふりがな） 氏　　名	性別（　男　・　女　）	生年月日： 大正・昭和・平成　　年　　月　　日 （　　）才
住　　所	〒(　　－　　)	連絡先（自宅　・　職場　・　携帯　・　他） TEL（　　）　　－
職業・職歴 （元職業等）		ボランティア歴と内容：
希望する活動		特技：
活動可能日	週（　　）回、曜日（　　） その他：	活動時間： ：　　～　　：　　まで

ボランティアの動機（当院を希望する理由）とやってみたい活動を出来るだけ詳しくご記載ください。

（つづく）

※ 1：応募資格について

募集年度から遡って2年まで（当該年度－2年の受講者まで）の方が対象となります。それ以上経過した方は、応募出来なくなります。

※ 2：面接日について

後日、ハガキまたは電話にてご連絡いたします。

なお、面接当日は、複数の方の面接を行うため、予定された面接時間より遅くなる場合があります。

ご了承のほど宜しくお願いいたします。