# 公立佐賀中央病院　ボランティアスタッフ参加申込用紙

申込日：令和　　年　　月　　日

※次の必要事項をご記入の上、当院 事務部 総務係 へご提出ください。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名 | | 年 齢 | 歳 | 性 別 | 男・女 |
| 連絡先 | 【住所】（〒　　－　　） | | | | |
| | 【電話】<br>（　　） | 【携帯電話】<br>（　　） | | | |
| | 【e-mail】 | | | | |
| 希望活動<br>（※〇で囲む） | ① 外来での案内　・　② 園 芸 | | | | |
| 参加動機 | | | | | |
| ボランティア<br>活動のご経験<br>（※〇で囲む） | ① ある<br>（経験内容：<br><br>）<br>② ない | | | | |
| 質問・ご要望 | | | | | |

【参加申込用紙提出先】

〒846-0012 佐賀県多久市東多久町大字別府 3562 番地

公立佐賀中央病院 事務部 総務係

TEL:0952-20-3400　FAX:0952-20-1292