

ボランティア説明会申込書

年 月 日

あそかビハーラ病院

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 才)

住所 〒 _____

電話 (_____) 携帯 (_____)

本人との関係

F A X _____ 緊急連絡先

E-mail _____

職業 _____

特技・趣味・資格 _____

ビハーラ（緩和ケア病棟）でボランティアをしようと思ったのはなぜですか？

どのようなボランティア活動を希望・期待していますか？

活動希望日に○、活動不可能日に×をご記入下さい。(原則として、日祝日はボランティア活動は行いません。どうしてもという方はご相談ください。) また、活動希望時間も記入してください。

月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜

活動希望時間 _____ : _____ ~ _____ : _____

今までにボランティア活動の経験はありますか？ (ある方はその内容もご記入ください)

今までにカウンセリングなどの研修を受けたことはありますか？ (ある方はその内容もご記入ください)

ここ数年の間に、身内の方や交流のあった親しい方を亡くされたご経験はありますか？

ある ・ ない

ある方はいつごろですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日

そのことについてどのように思われていますか？

健康状態はいかがですか？

ご記入頂いた個人情報についてはボランティア活動においての目的のみで使用します。

ご協力ありがとうございました。