

小松市民病院

第9回 緩和ケア病棟ボランティア養成講座申込書

ふりがな 氏名	
*生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日（年齢： 歳）
住所	〒 -
電話番号	
当院までの 交通手段	自家用車 ・ バス ・ 徒歩 ・ その他（ ）
喫茶サービス 活動可能日	* 下記の活動可能な曜日に○をつけてください。 * 喫茶サービスは毎週月・水・金曜日（祝日を除く）14:00～15:00 です。 月 ・ 水 ・ 金
趣味/特技	
ボランティア のご経験 (経験はなくても構いません。)	
ご希望される 活動内容	* あてはまる番号のすべてに○をつけてください。 1. 喫茶サービス 2. 行事のお手伝い 3. 患者さんやご家族の話し相手 4. ハンドベル 5. 病棟の飾りつけ 6. その他の活動 (6については以下に具体的な内容をお教えください。)

上記の個人情報は、当院のボランティア活動の運営以外の目的で使用されることはありません。

*ボランティア保険への加入の際に必要な情報のためにご記入をお願いしております。