

## ボランティア申込書

氏名			性別	生年月日			年齢
			男・女	西暦	年	月	日
住所	〒						
連絡先	自宅						
	携帯						
会社名・職業名			職場住所				
			連絡先				
交通手段	車・バス・その他（ ）			通勤時間			
趣味・特技							
活動動機							
希望の活動内容							
希望の活動日時							
要望							

<お問合せ> 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院

担当：緩和ケア病棟師長

TEL：0585-36-1100

FAX：0585-36-3100