

ボランティア受け入れ登録票

記載日 平成 年 月 日

<ボランティア団体名等>

【団体の人数】 名 代表者 _____
担当者 _____

【当日参加予定人数】
名 (男性 名 女性 名)

【日時】
平成 年 月 日 (曜日) 時 分から 時 分

【期間】
平成 年 月 日～平成 年 月 日

【希望する活動内容】 別紙資料あり

【連絡先】 - - 【携帯】 - -

【文書等の郵送先 住所】

<医療機関側>

許可日 平成 年 月 日

病院責任者

病院長 _____ 印

事務長 _____ 印

(捺印を持って受け入れ許可とする)