

令和 年 月 日

市立三次中央病院ボランティア活動同意書

市立三次中央病院院長様

病院ボランティアとして活動する者

ふりがな
氏 名 _____
住 所 _____
生年月日 _____ 年 月 日
性 別 (男 ・ 女)
連絡先電話番号 _____

上記の者が、病院ボランティアとして活動することについて、同意します。

病院ボランティア保護者

ふりがな
氏 名 (自署及び認印) _____ 印
住 所 _____
生年月日 _____ 年 月 日
続 柄 ()
連絡先電話番号 _____