

令和 年 月 日

市立三次中央病院ボランティア登録申請書

市立三次中央病院 院長 様

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 _____

私は、市立三次中央病院ボランティア活動運営要綱第4条第1項の規定に基づき、病院ボランティアの登録を申請します。なお、病院ボランティアの活動に際し次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 私は、病院ボランティア活動で知り得た患者の情報、その他院内で知り得た情報は、一切ほかに漏らしません。
- 2 私は、病院ボランティア活動以外でも市立三次中央病院の名誉を傷つける言動は行いません。
- 3 私は、病院ボランティア活動を行うに当たって、病院長、その他病院関係者の指導・指示に従います。

登録活動希望日・時間 (複数可)

	曜 日	時 間 帯	備 考
1	曜日	時 分～ 時 分	
2	曜日	時 分～ 時 分	
3	曜日	時 分～ 時 分	