

八戸医療生活協同組合ボランティア申込書

申請日 平成 年 月 日

八戸医療生活協同組合 理事長 内田弘志 殿

八戸医療生協の施設において、ボランティア活動を希望しますので
下記の通り申し込みます

*団体の方

団体名	(支部名・サークル名、学校名等)	ふりがな 代表者名	
事務局 連絡先	住所 〒		
	電話		FAX
	携帯		
添付書類	<input type="checkbox"/> 会則・要綱 <input type="checkbox"/> パンフレット・会報 など活動内容がわかるもの		

*個人方

ふりがな 氏名		性別 男 ・ 女	生年月日 S・H 年 月 日
連絡先	住所 〒		
	電話		携帯
組合加入	八戸医療生協組合員さんですか はい(本人 ・ 家族) ・ いいえ		

*共通事項

希望 条件	曜日	月	火	水	木	金	土	日	ボラン ティア活 動の具 体的な希 望活 動内容
	午前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	午後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	回数	週			回程度			回程度	
		月			回程度				
	祭日 可・不可								

この情報はボランティア活動のみに利用し、上記以外の目的には利用しません

受付職員名 _____