**ボランティア活動申込書**

登録番号（記載不要）

一般社団法人北海道こどもホスピスプロジェクト代表理事　殿

申し込み日　　　　　年　　　月　　　日

記

1．申込者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |
| 氏名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　　　年　　　　月　　　　日（満　　　　歳） |
| 連絡先 | －　　　　　　　－ |
| メールアドレス |  |

２．申込事項

|  |  |
| --- | --- |
| ボランティアとして、活動可能な期間と活動を希望される曜日をご記入ください。 | 期間：令和　　年　　　　月　　　日～令和　　年　　　月　　　日 |
| 曜日：　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日（活動可能な曜日に丸をつけてください） |
| ご希望されるボランティア内容 |  |
|
| 参加希望理由 |  |
| 現在の健康状態※アレルギーの有無は必ずご記載ください。 |  |
| 備考 |  |

※ボランティアへのお申し込みは年度毎の更新とさせていただきます。

※お申し込み前にボランティアのお申し込みについて(資料1)とボランティアのお約束とお願い(資料2)を

ご確認ください。

３．お申し込み先（メールもしくは郵送でお願いします）

メールアドレス：being@hokkaido-childrens-hospice.org（件名にボランティア申し込みとご記載ください）

宛先：〒079-8501

北海道旭川市永山3条23丁目1番9号　旭川大学短期大学部　幼児教育学科　佐藤研究室

ボランティア保険への加入日（　　記載不要　　）