



病院ボランティア養成講座参加申込書

ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
住所	〒		
連絡先	自宅() -	携帯() -	E-mail :
今までに、このような講座、研修会などに参加した経験の有無や、ボランティア活動の経験があればご記入ください(いつ頃、内容など)。			
応募の動機をお教えてください。			