

# 令和7年度 公共施設/福祉施設/病院 ボランティア等登録

登録日: 令和 年 月 日

施設名		ボランティア受入年	昭和・平成・令和 年より
施設長		ボランティア 担当者	
連絡先: 〒 電話: ( ) / FAX: ( )			
メールアドレス			
貴施設の(病院)の ボランティア活動人数	名		

ボランティアセンター登録者名簿 ※施設独自の名簿添付可

No.	氏名	年齢	住所/連絡先	活動内容	ボランティア活動保険
1					加入 ・ 加入しない
2					加入 ・ 加入しない
3					加入 ・ 加入しない
4					加入 ・ 加入しない
5					加入 ・ 加入しない
6					加入 ・ 加入しない
7					加入 ・ 加入しない
8					加入 ・ 加入しない
9					加入 ・ 加入しない
10					加入 ・ 加入しない
11					加入 ・ 加入しない
12					加入 ・ 加入しない
13					加入 ・ 加入しない
14					加入 ・ 加入しない
15					加入 ・ 加入しない
16					加入 ・ 加入しない
17					加入 ・ 加入しない
18					加入 ・ 加入しない

※お預かりした個人情報、ボランティア活動保険手続き事務以外には使用いたしません。

※用紙が不足する場合はコピーしてお使いください。

