

## 医療ボランティア登録シート

提出日： \_\_\_\_\_

公益社団法人 ア・ドリーム ア・デイ IN TOKYO 御中

フリガナ					生年月日			年齢		性別		
氏名					年	月	日	歳				
フリガナ												
自宅住所	〒											
携帯電話番号					メール アドレス							
ご所属												
専門診療科												
小児科経験	あり		なし									
ご所属 連絡先	TEL :											
	Mail :											
当法人のボラ ンティア経験	あり		なし		※ありとご回答された方は、どのようなことをされましたか？							
その他ボラン ティア経験	あり		なし		※ありとご回答された方は、どのようなことをされましたか？							
可能なボラン ティア	↓可能な場合には○をつけて下さい											
	旅行時病児サポート					※旅行場所での病児のサポート						
	移動時の同行サポート					※飛行機や新幹線等道中のサポート						
	その他ボランティア					※一般ボランティアと同様のサポート						
備考												

※病児が安定している場合には他ボランティア同様のサポート依頼をする可能性がございます