

# 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

ふりがな					生年月日			年齢	性別
氏名					年	月	日	歳	
ふりがな									
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