

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 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				
	入浴介助サポート						※ホテルでの入浴介助のサポート				
	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