第 20 期〈 H28.2.13 開催 〉

「こども病院ボランティア養成講座」申込書

申込日：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |   | 職　業 |  |
| 　氏　　　　 名 | 　　　　　　　　　　（　　　才） |
| 　現　　住　　所 | 郵便番号：住　　所：TEL/FAX： E-mail： |
| 　応 募 の 動 機 |  |
| 希望する活動内容　（参考） | * 子どもの遊び相手 ・ 本の読み聞かせ ・ 外来受付案内 ・車椅子の介助 ・学習支援・ イベントの手伝い ・図書の整理 ・ボランティアショップ

週末活動（月2回・土曜）* 講座を受講しながら考えたい
* そ の 他：
 |
| ボランティア経験 | * あ り

内 容：　* な し
 |
| 　備　　　　考 |  |

　　　　　　　　**※個人情報は、当会からのお知らせにのみ利用させていただきます**

☆ 申し込み・問合せ先 ☆

NPO法人 こども医療支援 わらびの会事務局　TEL&FAX：098-888-6605

　　　　　　　　　　〒901-1105 南風原町字新川272-16 ファミリーハウス「がじゅまるの家」内

　　　E-mail：info@warabinokai.org／　HP: http://www.warabinoki.org