



国際短期ボランティア 参加申込書 (医師・看護師用)

年 月 日現在

ふりがな		
氏 名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	※ 男 ・ 女
携帯電話番号	E-MAIL	
ふりがな		電話 ()
現住所〒		—
		FAX ()
		—
ふりがな		電話 ()
※必ず記入してください！		—
緊急連絡先 〒		本人との続柄
		氏名 ()

◆学歴 ※高等学校以降を記入

期間 (年 月～年 月)	学校名	学部・学科・取得学位

※ 研修・トレーニング歴などあれば併せて記入

◆職務履歴

入職年月	退職年月	病院・会社・団体名等	所属（例：科・病棟）役職等
業務内容（※具体的に詳しく記入）			
業務内容（※具体的に詳しく記入）			

※ 職務歴が複数ある場合は下に欄を追加して記入

その他特記事項（資格・免許）

◆参加希望日程・国

※日程はホームページ・資料を参考にしてください

	日程	参加国	※カンボジア希望の看護師の方： 希望配属（病棟 or 手術室）記入
第1希望			
第2希望			
第3希望			

◆会員登録日

※参加には会員登録が必要になります。会員登録後、ご記入ください。

会員振込み日：	振込み金額：	振込み先： <input type="checkbox"/> 郵貯 <input type="checkbox"/> クレジット決済
---------	--------	---

* 頂戴した個人情報は団体内での使用に限定し、許可なく外部へ提供することは一切ありません。