情報確認書

病院名　　病院 No

日本病院ボランティア協会　データの把握状況		訂正事項
病院長		
病院郵便番号		
病院住所		
病院代表電話		
病院代表 FAX		
※病院ボランティア担当者		
部署		
氏名		
TEL		
FAX		
E-mail		
※ボランティアコーディネーター		
部署		
氏名		
TEL		
FAX		
E-mail		
※ボランティアグループ		
グループ名		
V 代表者名		
代表者 TEL		
代表者 FAX		
代表者 E—mail		
※郵便物送付先　『　』		
郵便番号		
住所		
送付先病院名		
送付用部署		
氏名		

※活動について

現在の活動状況　（　）活動中　（　）休止　（どちらかに〇印をお付け下さい）

主な活動内容

（　　）

※ご記入日　（　　年　　月　　日　）

※ご記入者名（　　）