



国際医師ボランティア 参加申込書

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

写真を貼る位置

- 縦 36~40 mm
横 24~30 mm
- 本人単身胸から上
- 裏面このりづけ
- 裏面に氏名記入

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）

◆参加期間

※手術予定はホームページ・資料を参考にしてください

	参加日（ ○年○月○日～×年×月×日 ）	備考
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、郵送ください

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。