# 病院ボランティア登録申込書

| | | |
|---|---|---|
| フリガナ | | 写　真<br>（3×4ｃｍ） |
| 氏　　名 | 男・女 | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳） | |
| 住　　所 | 〒<br>電話　　（　　）<br>E-mail | |
| 勤 務 先<br>又は学校名 | 所属部署名　　電話　　（　　）　　内線 | |
| 職　　歴 | | |
| 申込みの動機 | | |
| 健康状態 | ・現在治療中の疾患はありますか。　ある　（　　）<br>ない<br>・ツベルクリン反応検査（ 陽性、 陰性、 不明 ）<br>既往症（　　） | |
| 緊急時の<br>連絡先 | 様（続柄：　　）<br>電話　　（　　） | |

| | |
|---|---|
| ボランティア保険の加入 | 加入済　・　未加入 |
| ボランティア活動の経験<br>（活 動 内 容） | なし・あり（　　） |
| 希望する活動日、時間 | 曜日：　曜日 AM　時　分 ～　時　分<br>PM　時　分 ～　時　分<br>回数：　週　回 、　月　回 |
| 希望する活動内容 | |
| 趣味・資格・特技等 | |

**※小児病棟、外来等でのボランティア活動にあたり①～④の既往歴について○をつけて下さい。**

| | | |
|---|---|---|
| ①おたふくかぜ | 既往歴：ある ・ なし | ワクチン接種：あり ・ なし　不明 |
| ②水 疱 瘡 | 既往歴：ある ・ なし | ワクチン接種：あり ・ なし　不明 |
| ③は し か | 既往歴：ある ・ なし | ワクチン接種：あり ・ なし　不明 |
| ④風　　疹 | 既往歴：ある ・ なし | ワクチン接種：あり ・ なし　不明 |

貴院でボランティアとして活動したいので、上記のとおり申し込み致します。

年　　月　　日

東京慈恵会医科大学附属病院長 殿

氏　名　　印

保護者氏名　　印

（続柄：　　）

※ 未成年者は、保護者の署名も必要です。