

平成22年 4月 1日

病院ボランティア申込書

市立旭川病院 院長

氏名	旭川太郎	生年月日	平成 2年 5月12日 (満19歳)	
自宅住所	旭川市金星町1丁目1番65号	自宅電話	0166-24-3181	
連絡先	旭川市6条通9丁目46番地 旭川 花子(母) 電話0166-12-3456			
職業及び 学校名	(勤務先及び学校名)*できるだけ詳しく記入してください。 旭川市7条通10丁目 旭川市役所 ○○部 ○○課 ○○係			
	電 話 0166-26-1111 (内 線) 1234			
活動動機	自分にできる範囲で社会福祉に貢献したい。			
○ 印 を 活 動 記 入 し て く だ さ い	希 望 活 動 日	{ <ul style="list-style-type: none"> ・○毎 週 ・ 隔 週 ・ 3週間に1回 ・ 月に1回 ・ そ の 他 } の第 週	{ <ul style="list-style-type: none"> ・ 月 ・ 火 ・○水 ・ 木 ・ 金 } 曜日の	{ <ul style="list-style-type: none"> 午前 8時 00分 ~ 午前 11時 30分 }
	※ その他に○印を記入した方は、活動日を具体的に記載してください。			
	ボランティア保険に加入済みですか?		・ 加入している ・○加入していない	
	ボランティア活動の経験がありますか?		・ ある ・○ない	
経験者はその内容を記載してください。				
[

ボランティア活動同意書

* は電子メールで
提出するときのみ

市立旭川病院 院長

今般、市立旭川病院においてボランティア活動を行うことを同意し、活動中の規則等を遵守します。

なお、活動中における事故等については、貴院に一切のご迷惑をおかけしないことを約束します。

平成 年 月 日

*日付は記入しないでください。

ボランティア活動者

ご住所 旭川市金星町1丁目1番65号

(生年月日) 平成 2年 5月12日

お名前 旭川太郎 印

*押印は、後日、説明会の実施時に押印願います。

※ 高校生以下でボランティア活動を行うときは、保護者の方の同意が必要となりますので、ご協力願います。

保護者記載欄

ご住所 _____

お名前 _____ 印

続柄 _____

電話番号 _____

*押印は、後日、説明会の実施時に一旦、お返しますので保護者確認の押印の上再提出願います。

疾病歴等の申立書（ボランティア応募者用）

平成22年 4月 1日

氏名 旭川太郎

※ これはボランティア活動を始めるにあたり、あなたの健康状態を知り、

- 1 当院での活動が可能か
- 2 人に感染の可能性がある疾患に罹患していないか、また、あなた自身が感染を受ける可能性が高くないかを知るためのものです。

なお、この申立書は、目的外の使用はいたしませんのでご協力をお願いします。

●以下の項目で該当するものに○印を付けてください。

1	現在、治療中ですか？	は い	いいえ	
	「はい」の方は病名をお知らせください ()			○
2	次の疾患にかかったかどうかお答えください	は い	いいえ	予防注射済み
	① 麻疹（はしか）	○		
	② 風疹（三日はしか）	○		
	③ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	○		
	④ 水痘（みずぼうそう）	○		
	⑤ 結核	○		
3	過去3週間以内に上記の感染症の方に接しましたか？	は い	いいえ	
	「はい」の方は病名をお知らせください ()			○

市立旭川病院