病院ボランティア申込書

フリガナ	
氏名・性別	男　・　女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
住所・電話番号	〒 電話番号　　（　　） 携帯電話　　－　　－
勤務先 又は学校名	所属部署　　電話　　（　　）
職歴	
申込みの動機	
健康状態	・現在治療中の疾患がありますか。　ある（　　）　ない ・ツベルクリン反応検査（　陽性　・　陰性　・　不明　） ・既往症（　　）
緊急時の連絡先	様（続柄：　　） 電話番号　　（　　）
ボランティア保険の加入	加入済み　・　未加入
ボランティア活動の経験 （活動内容）	なし 有り（　　）
希望する活動日・時間	曜日　：　曜日 時間　：　AM　時　分～　時　分 PM　時　分～　時　分 回数　：　週　回、　月　回
希望する活動内容	
趣味・資格・特技など	

＊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。

令和　　年　　月　　日

福岡赤十字病院長　殿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印