

# 日本赤十字社医療センター ボランティア活動申込書

ふりがな		性別	生年月日	登録番号(記入不要)
氏名		男 女	昭和 平成 年 月 日 満 才	
住所	〒 -	電話	( )	
		FAX	( )	
		携帯電話	( )	
医療資格	1 医師 2 看護師 3 歯科医師 4 薬剤師 5 他コメディカル( ) 6 なし			
E-mail				
勤務先 (学校)等	名称	住所	電話	( )
			内線番号	
緊急連絡先	名前 続柄( )	住所	電話	( )
			携帯電話	( )
【外国語・技術・技能・資格等】				
【ボランティア活動理由・活動歴】				
【当センターで受診されたことがありますか】 1. ある(患者IDNo ) 2. ない				
【活動希望項目】				
※該当する数字の項目にすべて○印を付けて下さい。当医療センターのボランティア活動内容は主に以下のとおりです。				
I 外来患者さんへのボランティア活動				
・外来での補助活動(診療科のご案内・車椅子の介助・再来機のご案内・精算機のご案内 等)				
II 入院患者さんへのボランティア活動				
1 一般病棟での各種活動 具体的には( )				
2 <u>小児病棟での活動</u> ※今回は募集いたしません。				
3 緩和ケア病棟(PCU)での活動 ※別途、オリエンテーション 10月26日(木) 13:00~が必要です。				
III その他のボランティア活動				
1 ハーブ園整備				
2 乳児院(衣類たたみ・遊び相手・食事の介助) ※別途、オリエンテーション 10月31日(火) 14:00~が必要です。				
3 絵本の読み聞かせ ※別途、オリエンテーション 10月18日(水) 14:00~が必要です。				
4 アロママッサージ(患者さんのご家族や人間ドック受診者) ※別途、講習会の受講が必要です。(開催日は不定期)				
アロマ・ハンドマッサージ(外来・病棟談話室での活動)				
5 移動図書の出し				
6 患者図書室の管理				

\* 原則として、週1回、2時間以上の活動をお願いします。

活動希望曜日	曜日	オリエンテーション開催日	開催時間
活動希望時間帯	時 ~ 時	平成29年10月3日(火)	※開始13時 終了17時00分

私は日本赤十字社医療センターボランティア活動を上記のとおり申し込みます。

平成29年 月 日

氏名

印

**※お申込書を受付後、当センターからは別途連絡をいたしません。  
直接10/3(火)のオリエンテーション会場にお越しください。**