

# +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 その他( ) 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	住所	電話	( )
			続柄( )	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 <u>緩和ケア病棟(PCU)での活動</u> ※別途、オリエンテーション 11月22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 <u>乳児院(衣類たたみ・遊び相手・食事の介助)</u> ※今回は募集いたしません。				
3 絵本の読み聞かせ ※別途、オリエンテーション 11月21日(水) 14:30~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) アロマ・ハンドマッサージ(外来・病棟談話室での活動) ※別途、講習会の受講が必要です。(開催日は不定期)				
5 移動図書の出し				
6 <u>患者図書室の管理</u> ※今回は募集いたしません				
* 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30年10月19日(金)	※開始13時 終了17時00分	

私は日本赤十字社医療センターでボランティア活動を申し込むに当たり、以下の事に同意し活動いたします。

- ・活動中に知り得た個人情報について、活動中及び辞めた後も第三者に漏らしません
- ・最終活動日から1年間連絡もなく活動を休んだ場合は除籍に同意します
- ・住所・氏名等に変更があった場合は連絡します

平成30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10/19(金)のオリエンテーション会場にお越しください。**