**ボランティア申込書**　　　**年　　　月　　　日記入**　（枠内のみご記入ください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般　・　学生 | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日生　（　　　　　才） | |
| 現住所 | 〒 | |
| 電話番号 | ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ Ｅ－ｍａｉｌ | |
| ボランティアを  希望される理由 |  | |
| 希望する活動  （○で囲んでくさい） | 外来　　　作業　　　縫製　　　手づくり　　　病棟　　　お話会 　　音楽会　　　飾りつけ　　　重心シーツ交換　　　その他 | |
| 活動できる曜日と時間 | 曜日　　（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 　午前　　　　　　　　　　時　から　　　　　　　　　　　　　　　時まで　　 　午後　　　　　　　　　　時　から　　　　　　　　　　　　　　　時まで | |
| 特技・資格 |  | |
| ボランティア研修（講習）の受講経験 | | 有　　　　　・　　　　無 |
| ボランティア経験・こどもを対象とした仕事の経験 | | 有　　　　　・　　　　無 |
| 健康診断受診状況 | 受診済み（　　　　　年　　　月）　・　未受診 | |
| **感　　染　　症** | | **予 防 接 種** |
| 麻疹（はしか） | 有 ・ 無 ・ 不明 | 有　　　・　　　無 |
| 水痘（みずぼうそう） | 有 ・ 無 ・ 不明 | 有　　　・　　　無 |
| 流行性耳下腺炎（おたふく） | 有 ・ 無 ・ 不明 | 有　　　・　　　無 |
| 風疹（三日ばしか） | 有 ・ 無 ・ 不明 | 有　　　・　　　無 |

**＊　個人情報は病院が責任をもって管理します。**  
＊　初回活動開始日時 　　　　　　　　月　　　　日　　　　時  
＊　備考