病院ボランティア登録申込書

フリガナ		写　真 （3×4ｃｍ）
氏　　名	男・女	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）	
住　　所	〒 電話　　（　　）	
勤 務 先 又は学校名	所属部署名　　電話　　（　　）　　内線	
職　　歴		
申込みの動機		
健康状態	・現在治療中の疾患はありますか。　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　　（　　）	

ボランティア保険の加入	加入済　・　未加入
ボランティア活動の経験 （活 動 内 容）	なし・あり（　　）
希望する活動日、時間	曜日：　曜日 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・特技等	

※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。

平成　　年　　月　　日

東京慈恵会医科大学附属病院長　殿

氏　名　　印

保護者氏名　　印

（続柄：　　）

※ 未成年者は、保護者の署名も必要です。