様式第１号

筑波大学病院総務部患者サービス課　行

ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 申 込 書

平成　　年　　月　　日

筑波大学附属病院長　殿

（申込者）

〒　　－

住　所

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

氏　名

Tel

生年月日　　年　　月　　日

下記のとおりボランティア活動を行いたく、申請します。
なお、許可されたうえは、貴病院の規則を遵守し、担当職員の指示に従います。

記

ボランティア活動希望期間等	年　月　日 ～　年　月　日	
	曜日　時　分 ～　時　分	
ボランティア活動の内容（希望するものに○）	総合案内・成人病棟・小児病棟・読み聞かせ・患者図書室	
ボランティア活動経験の有無	有　・　無	有の場合 内容 期間
ボランティア保険加入状況	有（加入団体名：　　）　・　無	
最近の健康診断受診状況	年　月　受診 （受診施設等：　　）	
健康状態・既往症		
感染防止対策（済んだものにレ印）	□　はしか（麻疹） □　おたふくかぜ（流行性耳下腺炎） □　みずぼうそう（水痘）	□　風疹 □　Ｂ型肝炎
職　業（主な職歴）		
大学に在籍の方	大学　　年	

※１）**活動は６か月以上継続して、原則として週１回以上、１回当たり２～３時間程度とします。**
※２）**健康診断書(胸部ﾚﾝﾄｹﾞﾝ・問診程度)１部**（人間ドック、市町村実施の健康診断結果の写で可）
※３）**顔写真(3cm×2.5cm)２枚**を添付してください。
※４）採用時に「附属病院ボランティアの会」年会費 500 円を徴収します。
※５）**Ｂ型肝炎ワクチンの接種は任意とし、接種する場合は希望者の自己負担となります。**