

## ボランティア活動申込書

令和 年 月 日

筑波大学附属病院長 殿

(申込者)

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

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、許可されたうへは、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)	<input type="checkbox"/> はしか (麻疹) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (流行性耳下腺炎) <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> みずぼうそう (水痘)
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(胸部レントゲン・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。