※　ご記入いただいた個人情報は、ボランティア活動者の皆様へのご案内、連絡等の管理業務に使用し、

それ以外には利用いたしません。

***記入例***

様 式 １ 【番号　　　　】

ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 申 込 書

　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

愛媛大学医学部附属病院長　殿

**写　真**

不要です

申 込 者

（フリガナ）　　ﾄｳ ｵﾝ ﾊﾅ ｺ

氏 　　　名： 東　温　花　子

住 　　 所： （〒 ７９１－０２９５ ）

　　　　　　　　　　東温市志津川

電 話 番 号：携帯　080-0000-0000　　自宅　089-960-5099

　　緊急連絡先①（続柄）　家族の携帯等　　　　②（続柄）　家族の携帯等

生 年 月 日：Ｓ・Ｈ○○年 　○月 　○日生　　　歳（ 男 ・ 女 ）

　　　　　　　　（西暦　○○○○ 年　○ 月　　○ 日生　）

下記のとおりボランティア活動をしたいので、申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ボランティア活動の期間 | 令和○○年　○月　○日　～　令和○○年　３月　３１日  期間は毎年　年度末毎（3/31）更新になります | | |  |
| ボランティア活動の曜日  時間帯及び活動可能回数 | ○○○ 曜日　　　：　８時３０分　～　１０時３０分まで  　活動可能回数 ： 月 ○　回 ・　　週　 ○　回 | | |
| ボランティア活動の内容  （活動を希望する内容） | 外来患者さんの案内・図書の整理　等 | | |
| ボランティア活動経験の  有無及び内容 | 無 | 有 | 活動内容  活動期間  所属団体 |
| ボランティア保険の加入 | 有　　　　　　　 無 | | |
| 健康状態及び既往症 | 良　好 | | |
| 特技  （各種免許等） | 普通自動車　　　介護職員初任者研修 | | |
| 主　な　職　歴 | 看護助手 | | |

ボランティアとしての活動を許可された際には、貴大学の学内諸規則を守り、活動中、知り得た患者さんの個人情報等に関わることを他言せず、担当職員の指示に従います。

本人署名欄　　東温　花子

※　ご記入いただいた個人情報は、ボランティア活動者の皆様へのご案内、連絡等の管理業務に使用し、

それ以外には利用いたしません。

様 式 １ 【番号　　　　】

ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 申 込 書

　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

愛媛大学医学部附属病院長　殿

写　　真

申 込 者

（フリガナ）

氏 　　　名：

住 　　 所： （〒 　　　－　　　　 ）

電 話 番 号：携帯　 　　　　　　　　　　自宅

　　緊急連絡先①（　　　）　　　　　　　　　　②（　　　）

生 年 月 日：Ｓ・Ｈ　　年 　　月 　　日生　　　歳（ 男 ・ 女 ）

　　　　　　　（西暦　　　 年　　 月　　 日生　）

下記のとおりボランティア活動をしたいので、申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ボランティア活動の期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　３月　３１日  ＊期間は毎年　年度末毎（3/31）更新になります | | |  |
| ボランティア活動の曜日  時間帯及び活動可能回数 | 曜日　　　：　　時　　分　～　　　時　　分まで  　活動可能回数 ： 月間 　 回 ・　　週　 　　回 | | |
| ボランティア活動の内容  （活動を希望する内容） |  | | |
| ボランティア活動経験の  有無及び内容 | 無 | 有 | 活動内容  活動期間  所属団体 |
| ボランティア保険の加入 | 有　　　　　　　　無  \*ボランティア体験で保険加入希望の場合は自己負担になります | | |
| 健康状態及び既往症 |  | | |
| 特技  （各種免許等） |  | | |
| 主　な　職　歴 |  | | |

ボランティアとしての活動を許可された際には、貴大学の学内諸規則を守り、活動中、知り得た患者さんの個人情報等に関わることを他言せず、担当職員の指示に従います。

本人署名欄

面接氏名

令和　年　月　日

面接質問事項

愛媛大学医学部附属病院

ボランティアいきいき会

1. 自己紹介をお願いします。
2. 主な職歴、経歴を教えてください、
3. 病院ボランティアいきいき会をどこで知りましたか。
4. 各種ボランティアがある中で、なぜいきいき会を選ばれましたか。
5. 特技はありますか、各種免許等
6. 趣味は何でしょう。
7. ボランティアの経験はありますか。
8. 病院には、守秘義務、活動の責任、規則規律があります。順守できますか。
9. 健康状態はいかがですか。
10. 活動は玄関での外来業務が基本ですが、できますか。
11. ボランティア活動内容は、どのようなことをしたいですか。
12. 何か質問はありますか。