

※ 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

記入例

【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

申込者

(フリガナ) とう ぬ け こ

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〇〇年 〇月 〇日生 歳(男・女)

(西暦 〇〇〇〇年 〇月 〇日生)

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。

写真

不要です

記

| | |
|----------------------------|--|
| ボランティア活動の期間 | 令和〇〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇〇年 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 | 〇〇〇 曜日 : 8時30分 ~ 10時30分まで 活動可能回数 : 月 〇回 ・ 週 〇回 |
| 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 | <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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

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。