

※ 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 〇〇〇〇】

ボランティア活動申込書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

愛媛大学医学部附属病院長 殿

申込者

フリガナ	トウオン ハナコ		
氏名	東温 花子		
生年月日	S・H 〇〇年 〇月 〇〇日生 〇〇歳 (男・女)		
	(西暦 19〇〇 年)		
住所 (〒 791-0295)	東温市志津川		
電話番号	携帯 080-000-0000	自宅	089-000-0000
メールアドレス	xxxxx@xxx.co.jp		
緊急連絡先①	(続柄: 母) 080-0000-0000		
緊急連絡先②	(続柄: 父) 080-0000-0000		

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 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 3月 31日 ※期間は毎年、年度末(3/31)に継続確認を行い更新になります。		
ボランティア活動を希望する曜日・時間帯等	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 ※希望の曜日や時間ですので、おおよそで構いません。		
希望する活動内容	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
ボランティア保険加入	別団体にて加入済み ・ <input checked="" type="radio"/> 未加入 ※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	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、知りえた患者さんの個人情報等に係る事を他言せず、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 〇〇〇〇】

### ボランティア活動申込書

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

愛媛大学医学部附属病院長 殿

申込者

フリガナ		
氏名		
生年月日	S ・ H	年 月 日生 歳 (男 ・ 女)
(西暦 年)		
住所 (〒 - )		
電話番号	携帯	自宅
メールアドレス		
緊急連絡先①	(続柄: )	
緊急連絡先②	(続柄: )	

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 3月 31日 ※期間は毎年、年度末(3/31)に継続確認を行い更新になります。		
ボランティア活動を希望する曜日・時間帯等	曜日 時 分 ~ 時 分まで 活動可能回数: 月 回 ・ 週 回 ※希望の曜日や時間ですので、おおよそで構いません。		
希望する活動内容			
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
ボランティア保険加入	別団体にて加入済み ・ 未加入 ※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、知りえた患者さんの個人情報等に係る事を他言せず、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。