

別紙 1

ボランティア活動申込書

国立病院機構豊橋医療センター院長 殿

貴院においてボランティアの活動を行いたいので、下記のとおり申し込みます。

申し込み年月日 平成 年 月 日

申込者氏名 印 男・女

生年月日

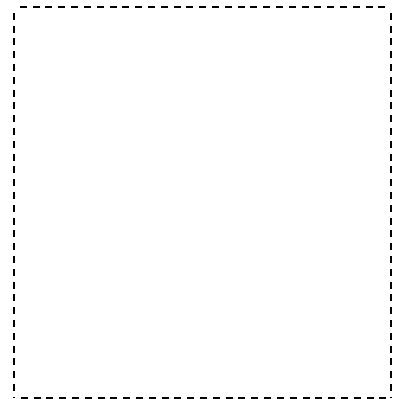
写真 5x4cm

住所

電話番号

申し込みされた動機

及び活動希望内容



今までのボランティア経験の有無

有の場合は活動内容、場所を記入して下さい

有 ・ 無

現在の健康状態

趣味・特技など

ボランティア保険の加入の有無

有 ・ 無

その他参考となる事項

ボランティア活動の同意書

心構え

- ・患者さんのために明るく、喜んで奉仕する気持ちを忘れないようにしましょう。
- ・活動中すべての患者さんに平等に接し、特に親しい人を作らないようにしましょう。

服装

- ・清潔な働きやすい平常着の上にユニホームを着用し、ネームプレートを付けましょう。
- ・靴は音のしない活動しやすいものを履きましょう
- ・アクセサリや指輪の派手なものは避け、香水は使用しないようにしましょう。
- ・爪は短く切り、特殊な色のマニキュアはしないようにしましょう。

態度

- ・穏やかで優しく落ち着いて、礼儀正しく忍耐強く活動するよう努めましょう。
- ・言葉は丁寧に、仕事は快く引き受けましょう。

活動するに当たって

- ・活動を約束した曜日、時間は必ず守るよう努力し、やむを得ず休む場合は必ず責任者に連絡しましょう。
- ・代理の必要な部署の場合は、必ず代理を頼みましょう。
- ・活動中に見聞きしたことや患者さんのプライバシーに関することは決して他へ漏らさないようにしましょう。
- ・患者さんに薬や物品、宗教を勧めたり、患者さん又は患者さんの家族から贈り物を受け取ったりしないようにしましょう。
- ・活動中に病気になったら、すぐに責任者に連絡しましょう。

その他

- ・故意または重大な過失により患者さん及び病院に損害を与えたときは自己の責任となります。
- ・必ずボランティア保険に加入して下さい。
- ・毎回の交通費は自己負担となります。
- ・自身の健康に留意し、定期的な健康診断を受けて下さい。

以上の約束に従い、ボランティア活動を行うことに同意いたします。

豊橋医療センター院長 殿

平成 年 月 日

住 所

氏 名

印

アンケート

豊橋医療センターボランティアご希望の皆さんへ

氏 名

本日のボランティア研修にご参加いただき有難うございます。これからボランティアの皆さんには、当面の間、外来における案内を中心に活動していただきますが、以後の活動については私たち病院スタッフと話し合いを持ちながらそれぞれの適性に合わせて考えていきましょう。

そこで、ボランティアを開始するにあたってご協力いただける日時についてお聞かせ下さい。以後変更が伴う場合は、その都度前もって連絡していただければ結構です。

①ボランティアとして参加できる回数は？

月に 回

週に 回

その他

②参加できる都合の良い曜日に○を付けて下さい。

時間帯は基本はAM9:00～AM11:30の活動時間帯ですが、それより短くなる場合は都合の時間帯を記入して下さい。

月 火 水 木 金

AM : ~ AM ; (例:10:00～11:00までの1時間)

その他(例:毎月第一月曜日のみ、毎月10日のみなど)

③今後、希望されるボランティア活動

(例:院庭清掃、ガーデニング、病棟ボランティアなど)

④その他ご意見、ご要望をご記入下さい。