

石川県済生会金沢病院ボランティア登録申込書

貴病院でボランティアとして活動したいので、下記のとおり申し込みします。

平成 年 月 日

石川県済生会金沢病院長 殿

ふりがな 氏 名		性 別 (男 ・ 女) 生年月日 S・H 年 月 日
現 住 所		
緊急連絡先		
電 話	TEL() -	
職 業 等	会社員 ・ 主婦 ・ 学生 ・ 無職 ・ その他()	
活動希望日 および時間	<input type="checkbox"/> 定期的に可能 曜日 時 分 ~ 曜日 時 分 <input type="checkbox"/> ()週間に()回程度可能 <input type="checkbox"/> 月に()回程度可能	
希望する活動 の内容	<input type="checkbox"/> ボランティア活動の経験(有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 患者さんの身の回りの世話 (洗濯、食事の介助、散歩の付き添い、話し相手など) <input type="checkbox"/> 患者さんの案内 (付き添い及び車椅子等による診療や検査場所への案内) <input type="checkbox"/> 院内各所の整備、備品・物品等の整理など <input type="checkbox"/> 自家用車又は公用車による患者さんの送迎 <input type="checkbox"/> その他()	
健 康 状 況	良好 ・ 通院中(病名:)	
交 通 手 段	バス ・ 自家用車 ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他()	
ボランティア 保険加入状況	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入はしていない	
申込みの動機		
コーディネーター の意見		

保護者氏名 _____ 印

※未成年者は、保護者の承認が必要となります。