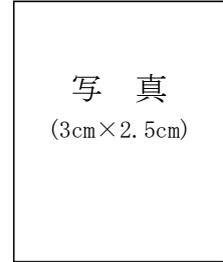


ボランティア活動申請書

東京医科歯科大学医学部附属病院長 殿



貴病院において、下記のとおりボランティア活動を行いたいののでここに申請します。

なお、許可された上は、貴大学の諸規則を遵守し、担当職員の指示に従います。

記

1. 申請者

年 月 日

フリガナ氏名	男・女	生年月日	S・H	年	月	日	才
住 所	〒		TEL	—	—		
			FAX	—	—		
			メールアドレス				

2. 申請事項

ボランティア活動希望期間	(年 月 日 ~	:	年 月 日
)	曜日のみ・毎日	:	~
ボランティア活動希望内容				
ボランティア経験の有・無	有・無	活動内容 (活動期間)		
ボランティア保険への加入	有 ・ 無			
現在の健康状態及び既往歴				
最近の健康診断 (胸部X線含む) 受診状況				
主な職歴(期間)				
特 技 等 (各種免許等)				
備 考				

※ 写真(3cm×2.5cm)を1枚添付してください。(許可証用)

※ 裏面も確認してください。

感染症既往歴について

当院では、医療関連感染を防止し患者と職員の安全を確保するために、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎（ムンプス）の抗体保有者をボランティア受け入れの必須要件としました。

つきましては、各項目についてEIA法で検査を受けた結果を記入し、証明書がある場合（検査結果用紙など）と合わせてご提出ください。

抗体価が基準値を満たさない場合は、活動開始までに各自でワクチン接種をお願いいたします。

診 断 事 項

項目	検査日	測定値	必要な対応(測定値に○)		
			対応不要	ワクチン 1回接種	ワクチン 2回接種
麻疹	年 月 日		≥ 16.0	(±) ~ 15.9	陰性
風疹	年 月 日		≥ 8.0	(±) ~7.9	陰性
水痘	年 月 日		≥ 4.0	2.0~3.9	<2.0
流行性 耳下腺炎 (ムンプス)	年 月 日		陽性	(±)	陰性