

(別紙様式1)

登録番号 (記入不要)

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。

写真

(3 cm×2.5 cm)

記

記入

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 ー ー FAX ー ー 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 (土) 曜日のみ・毎日 10:00 ~ 13:00	
ボランティア活動希望内容	小児病棟における遊びのボランティア	
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	最近1年間での健康診断受診状況を記載してください。医師が必要と判断した場合、活動開始前に健康診断を受けていただくことがあります。	
主な職歴(期間)		
特 技 等 (各 種 免許等)		
備 考		

開始日は未記入、終了日は翌年の3月31日と記入。年度ごとの更新となります。

ボランティア保険の加入は絶対条件です。医療リエンションの日までに加入してください。

※ 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。

もう1枚の写真は裏に氏名を記入しクリップなどで用紙に留めてください。

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、抗体価が基準値を満たさない場合は、**お近くのクリニック等で麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎（ムンプス）の4つの抗体価検査を受けてください。その結果を医療リエンションの日までに結果をもらい、下記項目に記載してください。** お願いいたします。

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