

(別紙様式1)

登録番号 _____

ボランティア活動申請書

東京医科歯科大学病院長

殿

写 真
(3cm×2.5cm)

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。

※当院のボランティア活動員に採用された方には、2024年度の4種抗体検査・ワクチン接種に限り、後日、領収書を元に当院が負担させていただきます。(上限15000円)

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		≥ 4.0	2.0~3.9	<2.0