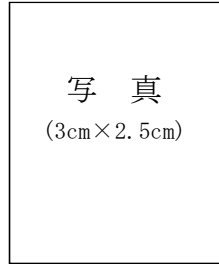


### ボランティア活動申請書

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		$\geq 16.0$	(±) ~ 15.9	陰性
風疹	年 月 日		$\geq 8.0$	(±) ~7.9	陰性
水痘	年 月 日		$\geq 4.0$	2.0~3.9	<2.0
流行性 耳下腺炎 (ムンプス)	年 月 日		$\geq 4.0$	2.0~3.9	<2.0