

## ボランティア登録用紙

医療法人社団 青樹会 青和病院  
院長 青木 達之 殿

フリガナ			性別
氏名			男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	歳
住所	〒 -		
電話番号等	自宅： ( ) 携帯電話： - - メールアドレス：		
緊急連絡先 *必ずご記入 下さい。	フリガナ		続柄
	氏名		
	住所	〒 -	
	電話番号	- -	
ボランティア 応募条件の確認 *□に✓を お願いします。	<input type="checkbox"/> 1回に2時間以上活動できること <input type="checkbox"/> 心身ともに健康であり、ボランティア活動に支障のないこと <input type="checkbox"/> ボランティア保険に加入していること <input type="checkbox"/> 当院の患者様や利用者様の守秘義務について理解し、守ることができること <input type="checkbox"/> 患者様や利用者様への暴言その他危害を与えないこと <input type="checkbox"/> 活動中に知り得た個人情報を他に漏えいしないこと <input type="checkbox"/> 政治・宗教・営利目的等を持って活動しないこと <input type="checkbox"/> 当法人の理念を理解し、協力できること <input type="checkbox"/> 登録後は決められた活動日時に参加できるよう努めることができること <input type="checkbox"/> その他当法人が定める事柄		
活動可能な 曜日・時間 *活動できる曜日 の欄に時間を ご記入下さい。	月		
	火		
	水		
	木		
	金		
	土		
	日		

以下はアンケートになります。

今後の参考とさせていただきたいので、ご記入お願い致します。該当するものに○をつけてください。

〈 ボランティア希望理由 〉

- 社会貢献になると思った
- 生きがいや自己実現の機会になると思った
- 青和病院や社会復帰施設について知りたい、興味がある
- 精神科について知りたい、興味がある
- ボランティア活動を通して何らかの経験や技能を身につけたい
- 学校の課題のため
- その他 ( )

〈 当院をお選びいただいた理由 〉

- 社会福祉協議会からの紹介
- 知人や友人からの紹介
- 当院職員からの紹介
- 当院が自宅や職場に近い
- インターネットのサイトを見た
- 当院のホームページを見た
- その他 ( )

〈 これまでのボランティア経験の有無 〉

- 他の病院や施設でのボランティア経験がある (内容: )
- ボランティア経験はない

ご協力ありがとうございました。

貴団体のボランティア活動へ参加することに同意いたします。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

当法人では、ボランティア希望者様からいただいた個人情報、当法人内でのボランティア活動目的にのみ使用し、許可なく外部の第三者には提供致しません。

医療法人社団 青樹会 青和病院