

様式 1 (第 3 条 第 1 項 関係)

ボランティア活動登録申込書

国立病院機構熊本医療センター院長 殿

貴院において、ボランティア活動を行いたいので、下記のとおり登録を申し込みます。

申込年月日：令和 年 月 日

申込者 (個人)	氏名	男・女
	電話	
団体の場 合連絡先	団体名 代表者 住所 電話	
志望された動機 及び活動希望内容 希望日・時間帯		
今までの ボランティアの 経験の有無	有・無 (有の場合は、活動内容及び場所を記入)	
当院での活動の 有無	有・無 (有の場合は、活動内容及び場所を記入)	
現在の健康状態		
趣味・特技など		
ボランティア保険 加入の有無	有・無 (有の場合は、保険加入写しを添付) (無の場合は、病院で加入手続きします)	
その他参考となる 事項		

様式 2 (第 3 条 第 2 項 関 係)

ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 参 加 申 込 書

国 立 病 院 機 構 熊 本 医 療 セ ン タ ー 院 長 殿

貴 院 に お い て 、 ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 を 行 い た い の で 、 申 し 込 み ま す 。

申 込 年 月 日 : 令 和 年 月 日

申 込 者 (個 人)	氏 名	男 ・ 女
	電 話	
申 込 者 (団 体)	団 体 名 代 表 者 住 所 電 話	
ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 参 加 希 望 内 容		
ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 希 望 日 時 等		
令 和 年 月		
希 望 日 や 時 間 な ど を 記 入 し て 下 さ い 。		
令 和 年 月		
希 望 日 や 時 間 な ど を 記 入 し て 下 さ い 。		

別紙 1 (第 6 条 第 1 項 関 係)

国 立 病 院 機 構 熊 本 医 療 セ ン タ ー
ボ ラ ン テ ィ ア 誓 約 書

私 は、国 立 病 院 機 構 熊 本 医 療 セ ン タ ー に お い て、
ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 を 行 う に 当 た り、別 添 「ボ ラ ン テ
ィ ア 活 動 参 加 者 の し お り - ボ ラ ン テ ィ ア の 心 得 -」
を 遵 守 す る こ と を 誓 い ま す。

令 和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

国 立 病 院 機 構 熊 本 医 療 セ ン タ ー 院 長 殿

国立病院機構熊本医療センター
ボランティア活動参加者のしおり
－ボランティアの心得－

1. ボランティア活動参加者として守っていただきたいこと
 - ① ボランティアコーディネーターとよく連絡し合い、その指示に従って下さい。
 - ② 全ての患者さまに平等に対応し、特に親しい患者さまをつくらないで下さい。
 - ③ 患者さまから医療の専門分野について聞かれた場合は、近くの職員あるいはボランティア運営委員にお知らせ下さい。
 - ④ 患者さまの氏名・病名や病院職員の情報など、病院で知り得たことについては他言しないで下さい。また、ボランティア活動を辞めた後も同様に他言しないで下さい。
 - ⑤ ボランティア活動参加中、けがをしたり、気分が悪くなった場合は、遠慮なく近くの職員あるいはボランティア運営委員に申し出て下さい。

2. 患者さまやその家族等への接し方について
 - ① 自分に不向き、重荷と思われることについては、その理由をよく説明し、引き受けしないで下さい。
 - ② ユニホーム等がある場合は、それを着用して下さい。
 - ③ ボランティア活動内容により、靴は運動靴又はかかとの低いものを履くなど、活動にふさわしいものを着用するよう努めて下さい。
 - ④ 他人に不愉快な感じを与えないよう、身だしなみを整えアクセサリーや指輪を外し、マニキュアや香水もなるべく使わないなど、ボランティア活動内容にふさわしい装いに努めて下さい。
 - ⑤ 常に笑顔と明るい態度を心がけ、丁寧な言葉遣いで接するよう努めて下さい。
 - ⑥ ボランティア活動以外の活動(政治、宗教等)を持ち込まないで下さい。
 - ⑦ ボランティア活動に参加する前後の手洗いやうがい等、自分自身の健康に十分気を付けて下さい。

3. 継続的なボランティア活動の場合、注意していただきたいこと
 - ① ボランティア活動者として登録を行った場合、「ボランティア保険」に加入していただきます(病院で加入)。
 - ② ボランティア活動中は、参加日、活動時間及び活動内容等を、備え付けの「ボランティア活動記録ノート」に記録して下さい。
 - ③ ボランティア活動中は、病院で準備しているエプロンと名札を着用して下さい。
 - ④ 私物は、決められたロッカーに入れ施錠し、自ら管理して下さい。
 - ⑤ ボランティア活動参加者への連絡方法は、ボランティアコーディネーターの指示に従って下さい。
 - ⑥ ボランティア活動参加者の連絡先については、病院からは提供しませんので、連絡先の交換については、必要があれば各自行なって下さい。
 - ⑦ 病院で定められた健康診断は、必ず受けて下さい。