

《院内案内》

9時～12時

- ・ 患者さんのご案内（検査、受診科等）
- ・ 車椅子介助

《おはなし会》

休止中

《グリーン》

- ・ 花壇の手入れ



神大病院でボランティアをしませんか

《参加の条件》

- ・ 心身共に健康であること
- ・ 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎の抗体検査、必要に応じてワクチン接種及び証明書を提出してくださる方
- ・ 患者さんのプライバシーが守れること
- ・ 最低月2回は、活動が可能な方
- ・ 半年程度は、継続的に活動してくださる方
- ・ 無報酬、交通費自己負担をご承諾くださる方
- ・ 年会費¥1,700(保険¥500 含む)
- ・ 未成年の方は保護者の同意が必要



《連絡先》

神戸大学医学部附属病院ボランティアグループ
ボランティア室

TEL・FAX：078-382-5057

（TELは留守番電話に連絡先等のメッセージをお願いします）

メールアドレス：volun@med.kobe-u.ac.jp

《病棟》

休止中

- ・ 院内散歩
- ・ 話し相手

《縫製》

- ・ ミシンでの修理・縫製

《その他》

- ・ 折り紙教室（休止中）
- ・ 雛飾りなどの展示



活動への参加お待ちしております
時間、回数、体験希望など
気軽にご相談下さい

下のQRコードからホームページをご覧ください



ボランティア活動申込書

受付No.

ふりがな 氏名	生年月日 西暦 年 月 日 (歳)
住所：〒 電話番号： (未成年者の場合 保護者署名) 氏名： 連絡先：	
職業	社会人 学生 その他() (学生の場合は学校名と学年を記入)
健康状態※活動の際 に特別な考慮を必要 とする場合は、ご記 入ください。	☐ 良好 病名・既往歴 ☐ 治療中 ☐ 経過観察 ☐ 治療済
活動動機	
ボランティア保険	・加入済 ・未加入
ボランティア経験	活動内容 () 活動期間 () 活動内容 () 活動期間 () ・活動経験なし
希望する活動曜日 (○で囲む)	月 火 水 木 金 (各曜日とも 9 時～12 時)
希望する活動 (○で囲む)	・グリーンボランティア (花壇・植木の手入れ、水やり など) ・縫製 (補修のミシン作業など) ・案内 (外来者の院内案内など)
活動開始日 (予定)	年 月 日 頃から

確認事項 ※必ずご自身でよく読んで、チェックをお願いします。

- ・活動前健診・抗体検査及びワクチン接種については面接時に説明します。
- ・月 2 回以上の活動が継続して可能ですか ☐はい ☐いいえ (理由:)
- ・活動を開始するにあたり、心配ごとや疑問、事前の申告が必要なことはありますか
☐はい ☐いいえ

今回頂いた個人情報は、院内ボランティア活動の範囲内でのみ使用させていただきます。

ご記入後活動申込書は FAX 又は郵送でボランティア希望と明記のうえ、下記までお送りください。

郵送：〒650-0017 神戸市中央区楠町 7 丁目 5 番 2 号

神戸大学医学部附属病院 医療支援課・医療支援係

FAX：078-382-5057