

公益社団法人沖縄県看護協会
ボランティア(個人用)登録カード(No.)

| | | | | |
|-----------------------------|---|--|---------------------------------|--|
| 受付月日 | 平成 年 月 日 | 受付者 | | 所属職能 |
| ふりがな 氏 名 | 性別 年齢 () (歳) | | 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 | |
| 住 所 | 〒 | | 就業状況 | |
| 連絡先 | 自宅 | | | 1. 就 業 中 (常 勤 ・ そ の 他) 2. 無 職 3. そ の 他 |
| | 携帯 | | | |
| | FAX | | | |
| | E-mail | | | 連絡取れる 時間帯 |
| 勤め先 | TEL — | | | |
| ボランティ アの経験 | 有 () ・ 無 | | | |
| 希望する活動内容 (希望内容に○印をして下さい) | 対 象 | 老人・障害者(児)・児童・すべて・その他() | | |
| | 地域ボランティア | 1. 健康相談/電話相談 2. 公開講座の講師 | | |
| | 病院、施設 ボランティア | 1. 話し相手、見守り、散歩、読み聞かせ等 2. 食事介助 3. 手仕事(看護用品の準備・おむつギャザーカット等) 4. その他() | | |
| | 本協会事業 ボランティア | 1. 研修補助(受付、資料配布等) 2. グリーンボランティア 3. その他() | | |
| 希望する施設及び内容、時間帯等の記入 | 記入例: 1) 週 1 回木曜日午後、2) 月 1 回 第3土曜日の午後、3) 2~3か月1回、半日可 | | | |
| | 活動できる曜日: | | | |
| | 時間: | | | |
| | 期間: | | | |
| | 希望する活動区域又は、施設名: | | | |
| | 交通手段: | | | |