|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 応募・登録カード | | | | 年 月 日現在 | | |
| 写真をはる位置  縦40ｍｍ前後  横30ｍｍ前後  本人単身胸から上 | ふりがな |  | | | | 男　女 |
| 氏 名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　 　月　 　 　日生 (満 歳) | | | | |
| ふりがな | | | | 郵便番号 | |
| 現住所 | | | | TEL | |
| 携帯 | |
| E-MAIL | | 携帯MAIL | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 中学校以降の学歴・職歴など | 年 | 月 | 中学校以降の学歴・職歴など |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 志望の動機 | | | |
| 来歴（ボランティアや実習・臨床の経験、取得済みの免許や資格、趣味や得意な事など貴方のことを詳しくお伝え下さい） | | | |
| 最寄り駅と通勤時間 | 参加希望曜日・可能期間 | PCなどのスキル | どこでお知りになりましたか？ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 採用者側記入欄 |  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| デイケアボランティア募集要項  　精療クリニック小林は精神分析的精神療法を基本にして、子どもから成人までを対象としたカウンセリング主体の精神科臨床を実践している無床診療所です。  　1979年に開院し、開院20年目より、精神科小規模デイケアを始めました。  この度、専門家をめざす学生、院生を対象にボランティアを募集します。  募集対象  精神医療関連業務に携わる専門教育機関に在籍する方、医師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士などをめざすそれぞれの学部学生または院生。（ただし、4年制大学3回生以上　それぞれの卒業生も可）  日　　時  月曜日～土曜日（クリニックの診療日）  午前9時30分　～　午後3時30分  来所日は応相談　（週1回程度）  場　　所  精療クリニック小林　サーブホール（デイケア室）  内　　容  業務内容　精神科デイケアで、スタッフや講師のアシスト  　 内容はデイケア活動紹介よりデイケア予定表を御覧下さい。  支　　給  交通費と薄謝を支給します。（交通費上限1,000円）  応募要領  「応募・登録カード」をご記入いただき、学校または専門家による推薦状を同封の上郵送して下さい。　後日、面接日をお知らせいたします。  　　　　※お電話でのお問い合せはご遠慮ください。  郵送先：精療クリニック小林 デイケア・ボランティア募集係宛 　　　　　　　　〒650-0022 神戸市中央区元町通2-8-14 オルタンシアビル  応募・登録カードはPCを利用しご記入下さい。推薦書は自由形式です。 | | | | | |

西暦　　　　年　　月　　日

精療クリニック小林　御中

院長　小林　和　殿

推薦書

　　この度、精療クリニック小林 の精神科デイケア業務のボランティア募集に際し、下記の者をボランティアとして推薦いたします。

被推薦者　 氏　　名

生年月日

所　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦人所属

　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者との関係