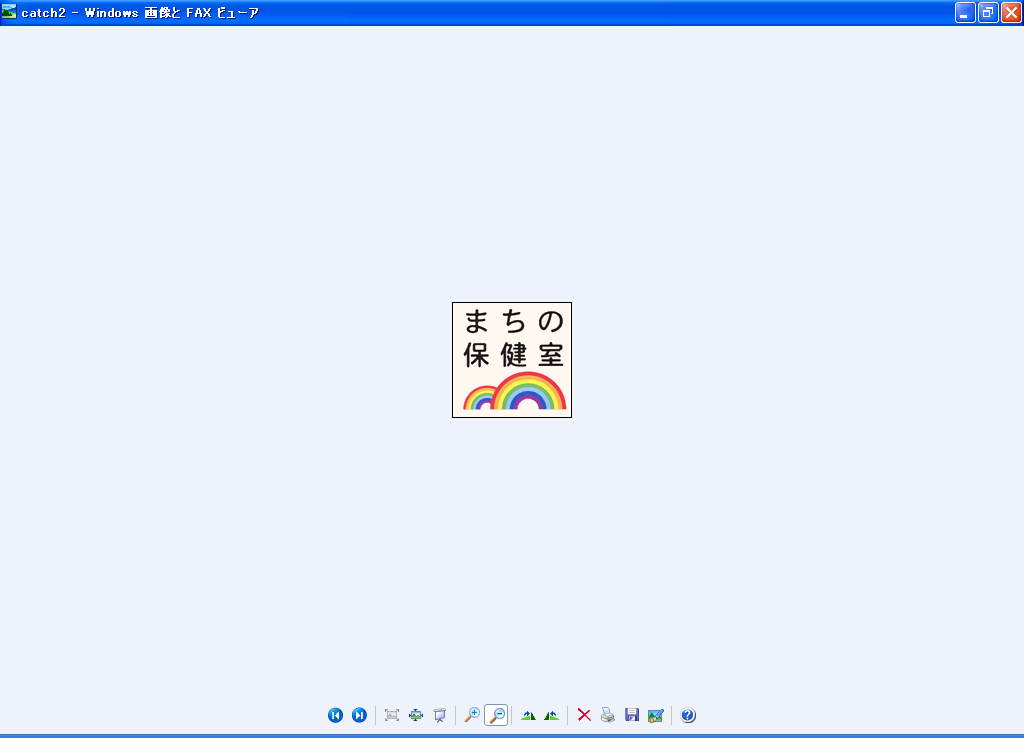
**熊本県看護協会では「まちの保健室」**

**ボランティアを募集しています！**



みなさまの培った看護の知識や経験を「まちの保健室」で活かしてみませんか？

地域活動をとおして、地域の健康問題を考える機会になり、この経験から各々の職場での看護について学び得るものがあります。

詳しくは直接、看護協会事務局へお問合せください。

**◎ボランティア活動に興味がある方**

**◎退職されて、時間に余裕のできた方**

**◎地域活動をとおして看護のスキルアップを目指したい方　等**

**≪ボランティアの要件≫**

* 熊本県看護協会の会員であること、及び元会員であること
* 5年以上の実務経験を有すること
* 県看護協会が開催するボランティア研修を受講したもの（ただし、登録後の受講も可）

※「まちの保健室」のボランティアは看護師だけではなく保健師、助産師、准看護師、

**全ての看護職から**参加を募集しております。

* ◇ 活 動 内 容 ◇ ◇

【開催日】 毎週土曜日 午後１時～午後4時

【会　場】 鶴屋百貨店 本館７階（レストランアベニュー）

【内　容】 ボランティア２名で従事

買い物などで来られた方が、血圧測定やちょっとした健康相談できる場として活用されています

【備　考】 ボランティア保険へ加入して活動しています（看護協会負担で一括手続き）

活動手当　1,000円/回（年度末に出動回数分をまとめて支払い予定）

駐車場利用時は、鶴屋パーキングは**５時間無料**、鶴屋提携駐車場は**２時間無料**

* ◆ 登録申請方法 ◆ ◆

添付の「登録申請書」へ必要事項をお書きの上、FAXまたは郵送にてお申込みください

【お問合せ、申込先】**社団法人熊本県看護協会**

〒862-0901　熊本市東町3丁目10-39

TEL．（096）369-3203　FAX．（096）369-3204

様式２

|  |
| --- |
| 「まちの保健室」ボランティア登録申請書  ①氏名 　　　 生年月日（Ｓ 年　 月 日 生）    ②連絡先  　 住所　〒  自宅電話（　　　）　　　－  携帯電話（　　　）　　　－  FAX　　（　　　）　　　－  E-mail≪携帯可≫  　　③職能（保健師・助産師・看護師・准看護師）  ④所属  施設名：　　　　　　　 　　　（所属　　　　　　　　）  電話（　　　）　　　－　　　　（内線　　　　　　　　）  ⑤会員番号  ⑥経験年数  ⑦得意分野  　⑧登録NO．  （＊登録NO.は協会で記入します）  　 上記のとおり「まちの保健室」のボランティアとして登録を申請します。  平成　　年 月 日  氏名 　 　印  社団法人熊本県看護協会  　　　 会長　高島　和歌子　様 |
|
|