

西播磨総合リハビリテーションセンターボランティア受入規程

(総 則)

第1条

1. この規程は、社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団西播磨総合リハビリテーションセンター（以下「センター」という。）におけるセンターボランティア活動（以下「活動」という。）に関する取り扱いを定めるものとする。

(目 的)

第2条

1. 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団の憲章を基に、地域に開かれた施設運営により地域有志等による活動を積極的に受け入れ、患者さま及び利用者さまの「生活の質の向上」をはじめ、参加される方々の「生き甲斐」や「自己実現」を応援することを目的とする。

(組 織)

第3条

1. 活動を円滑に推進するため、センターボランティア活動推進委員会（以下「委員会」という。）を設置する。
2. 委員会の構成は、西播磨総合リハビリテーションセンター連絡調整会議構成員をもって充てる。
3. 委員会の総括責任者は総務部長とし、次に掲げる業務を行う。

- (1) 委員会の招集及び開催に関すること
- (2) 活動申し込みに関すること
- (3) 関係者の招請に関すること

4. 委員会は、次に掲げる事項を審議・決定する。

- (1) 活動の受け入れ計画に関すること
- (2) 活動の広報に関すること
- (3) 活動の調査及び審査に関すること
- (4) 活動の取り消しに関すること
- (5) 課題解決に関すること
- (6) ボランティアの福利厚生に関すること
- (7) その他活動の推進に必要なこと

(活動の受け入れ)

第4条

1. 活動の受け入れ等に関する総括責任者は総務部長又は業務部長もしくは看護部長とし、次の業務を指揮管理する。
 - (1) 活動の受け入れに関すること
 - (2) ボランティアの研修・教育に関すること
 - (3) その他活動に際し必要な事項

(活動の手続き)

第5条

1. 活動を希望する者は、西播磨総合リハビリテーションセンターボランティア活動申込書(様式1)(以下「申込書」という。)に必要事項を記載のうえ総務部長に提出するものとする。
2. 申込書は、委員会において審査のうえ所長決裁を経て受け入れを決定し、西播磨総合リハビリテーションセンターボランティア登録証(様式2)をボランティア代表者あてに交付する。

(遵守事項)

第6条

1. センターボランティアは、次の事項を遵守するほか、受け入れ部署の担当者の指示に従うものとする。
 - (1)政治、宗教活動を行わない
 - (2)許可なく施設の物品を持ち出さない
 - (3)患者さま及び利用者さまへの暴言その他の危害を与えない
 - (4)センター業務の妨害をしない
 - (5)活動中に知り得た個人情報等を他に漏洩しない
 - (6)指定場所以外での喫煙をしない
 - (7)その他当センターが定める重要事項

(受入の取消)

第7条

1. 第6条の規定に従わないボランティアは、総務部長の判断により直ちに受入を取り消すとともに、登録を抹消することができるものとする。

(賠償責任)

第8条

1. センターボランティアが故意又は重大な過失により、患者さま及び利用者さま並びにセンターに損害を与えたときは、センターボランティアがその弁償の責を負うものとする。

(保険の加入)

第9条

1. 原則として、センターボランティアは、最寄りの社会福祉協議会に登録のうえ、ボランティア活動保険に加入するものとする。

(庶務)

第10条

1. この規程に関する庶務は、総務部及び業務部が処理する。

(附 則)

この規程は、平成19年12月1日から施行する。

この規程は、平成21年11月1日から施行する。

様式1

西播磨総合リハビリテーションセンター ボランティア活動申込書	
申込者 住所 _____ 氏名 _____	
団体名(個人名)	団 体 名 _____ フリガナ _____ 代表者氏名 _____
	構成員数 _____人 ~ _____人
代表者住所	〒 _____
連絡先	電 話 _____ 携 帯 _____ F A X _____ E-mail _____
活 動 内 容 (該当項目に○)	1 外来患者さんへの援助(受付案内、車椅子介助など) 2 入院患者さんへの援助 (話し相手、余暇の援助、院内送迎介助、配茶、洗濯など) 3 イベントボランティア(夏祭り、音楽会、クリスマス会など) 4 園芸療法支援(花壇の手入れ、剪定、芝刈りなど) 5 その他()
活 動 期 間	活動期間 平成 ____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日まで
活 動 頻 度	活動頻度(年・月・週) ____回程度。 希望曜日(日・月・火・水・木・金・土)曜日 不 定 期()
活 動 時 間	午前 ____時 ~ ____時 午後 ____時 ~ ____時
活 動 歴	主な活動先 _____ 活動実績 ____年 ____ヶ月
ボランティア保険	加入済 未加入
備 考	

様式2

西播磨総合リハビリテーションセンター ボランティア登録証	
貴方を西播磨総合リハビリテーションセンターボランティアとして活動 いただくことを承認します。 よって、この証として登録証を交付します。	
平成 ____年 ____月 ____日 西播磨総合リハビリテーションセンター 所 長 関 田 万 史	
団体名(個人名)	団 体 名 _____ 様
	代表者氏名 _____ 様
	構成員の数 _____ 人