

宛先：国際協力機構 国際協力人材部
 健康管理課（FAX 03-5226-6314）
 ボランティア訓練入所前傷病対応担当

二次選考後 新規傷病発生報告書

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

派遣隊次：_____

派遣予定国：_____

受験番号：_____

職種（番号）：_____（_____）

ふりがな
氏名：_____

生年月日：_____ 性別：_____

連絡先住所：〒_____

電話番号（平日の日中でも確実に連絡が取れる番号）：_____

★二次選考後、新しい健康上の問題が発生しましたので、下記のとおり報告いたします。

1. けがや病気など、気になる症状の発生状況

○いつ（頃から）：_____ 年 _____ 月 _____ 日

○どんな事故または症状で発症しましたか？

2. 医療機関の受診有無： ☐ 有 ☐ 無

○有の場合

病院名；

診断名；

○無の場合

病状；

市販薬の使用有無など；

3. 治療/療養状況

★その他質問や心配なことがありましたらご記入ください。