

	<p>좋은 부모를 준비하는 행복한 학교</p> <h1>가정통신문</h1>	<p>학교 351-1518 351-1517 FAX 353-1591 www.jbut.hs.kr</p>
제 목	2020년 2학기 생명나눔, 사랑의 헌혈운동 운영	
<p>안녕하십니까? 대한적십자사 전라북도 혈액원에서는 본교 희망학생을 중심으로 “사랑의 헌혈운동”을 운영하려고 합니다. 이에 협조하고자 헌혈할 수 있는 기준이나 유의사항을 안내하오니 헌혈을 허락하시는 부모님께서서는 동의서를 제출하여 주시기 바랍니다.</p>		
<p>1. 헌 혈 일 : 2020. 10. 21.(수)</p> <p>2. 헌혈 장소 : 본교 다목적실 앞 버스</p> <p>3. 헌혈 할 수 있는 기준 1) 2004년생은 헌혈당일 생일인자 까지 참여가능 2) 체중 : 여자47kg, 남자52kg이상인 자(착복시)</p> <p>4. 헌혈 전 유의 사항</p> <p>가. 헌혈자의 건강을 위해 : 전날 과로는 피할 것, 6시간이상 숙면 필수, 당일 식사 필수 나. 수혈자의 건강을 위해 : ①감염성 질환자 ②간염 보균자 ③병원 치료 중 ④치료용 약물 복용자는 헌혈 참여 불가</p>		
5. 자원봉사시간인정 : 헌혈1회 당 4시간		
		
6. 아래 항목에 해당할 경우 기준 일을 경과해야 헌혈이 가능합니다.		
<p>1) 치료약물 : 종합감기약·두통약(당일/증상소실후), 처방감기약(3일/증상소실후), 염증치료항생제(7일), 여드름치료제(복용시 한달)</p> <p>2) 치 과 : 단순발치·신경치료·스케일링(3일), 봉합발치(7일)</p> <p>3) 기 타 : 일회용 침·부항·사혈(일회용 3일), 소독용 침·사혈후부항(6개월), 귀뚫음·피어싱(일회용 1개월/소독용 6개월), 문신(6개월)</p>		
2020. 10 . 16.		
<p>전북유니텍고등학교장</p> 		
< 헌혈 학부모 동의서 >		
<p>학년 반 이름 : _____</p> <p> 생년월일 : _____</p> <p> 학부모 : _____ 서명 또는 인</p>		
<p>----->뒷면 헌혈 후 작성(헌혈 봉사활동 소감록양식)</p>		

(헌 혈) 봉사활동 소감록

인적 사항	학교명:	고등학교		
	학 번:	학년	반	번
	성 명:	(서명)		

위와 같이 (헌혈) 봉사활동을 하고 소감문을 제출합니다.

2020년 10월 21일