


가 정 통 신 문 제 2024-7호	사랑의 헌혈 캠페인 안내	
보건실	우) 560-293 전주시 완산구 능안자구길 55 ☎교무실220-9202~3. ☎ 보건실 220~9267. Fax 222~1902	

학부모님 안녕하십니까?

본교에서는 자신의 혈액을 기증하는 고귀한 나눔 행사인 사랑의 헌혈 캠페인에 동참하고자 합니다. 헌혈 캠페인에 동참하기를 희망하는 경우 학생의 건강상태를 고려하여 무리한 헌혈 봉사가 이루어지지 않도록 사전에 학부모 동의서를 제출하여 주시길 바랍니다.

사랑의 헌혈 캠페인 안내

1 헌혈참여기준

- 만 16세 이상(2008년 헌혈 당일 출생자까지), 남 52kg 여 45kg 이상
- 헌혈 제한 대상
 - 독감예방주사-24시간, 치과치료-3일, 귀뚫음-4주, 문신(눈썹문신 포함)-6개월
 - 종합감기약-당일, 소염·진통제-1일, 병원처방 감기약-3일, 병원처방 항생제-7일
 - 해외여행- 나라불문 1개월
- 코로나19 확진·격리자: 격리해제 후 10일 경과 후부터 헌혈 참여 가능

2 헌혈참여 학생 준수사항

- 헌혈 전 4시간 이상의 숙면과 헌혈 당일 반드시 아침식사 하기!
- 자원봉사시간 인정 : 헌혈 1회당 4시간(연 3회까지 인정)
- 봉사시간 입력은 학교에서 일괄처리 할 예정입니다.

※ 헌혈 참여를 원하는 경우 아래의 학부모 동의서를 6월 18일(화)까지 제출해주세요.
(동의서를 제출하지 않은 경우 교내 단체헌혈에 참여할 수 없습니다.)

헌혈 학부모 동의서

인적 사항	()년 ()반 ()번 성명: _____ /생년월일: _____ 년 월 일
헌혈 일시	2024년 6월 21일 금요일 09:00~16:20
주관 기관	대한적십자사 전북혈액원
봉사 영역	캠페인 활동
활동 내용	헌혈
<p>위와 같이 자녀의 헌혈 참여에 동의합니다.</p> <p>2024 년 월 일</p> <p>학부모 성명 : _____ (인)</p> <p>완산고등학교장 귀하</p>	

2024. 6. 13.

완 산 고 등 학 교 장(직인생략)