

済生会横浜市東部病院 ボランティアお申込書

ふりがな 氏名		年齢		性別	女・男
連絡先	電話	※日中連絡がつく番号		FAX	
	メールアドレス				
	住所				
希望するボランティア内容					
活動希望日		希望時間			
ボランティア経験の有無		有・無（有の場合下記に記入）			
年数		内容			
場所					
既往歴					

FAX 045-576-3544

※申込用紙が届きましたら、こちらからご連絡させていただきます。
電話やメールなど受信できる様お願い致します。



済生会横浜市東部病院
患者支援室 ボランティア担当
電話 045-576-3000(代表)