

済生会横浜市東部病院 ボランティア申込書

ふりがな 氏名			年齢		性別	男・女
連絡先	電話	※日中連絡がつく時間帯		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						

【送付方法】 下記のいずれかの方法でお送りください

- ①郵便 〒230-0012 神奈川県横浜市鶴見区下末吉3丁目6番1号
- ②FAX 045-576-3544
- ③E-MAIL ijishitsu@tobu.saiseikai.or.jp

※ 申込用紙が届きましたら、担当よりご連絡いたします。電話・メールが受信できるようお願いいたします。



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)