

FAX送信先 026-295-5139

東長野病院 江口 宛

チャレンジ入院ボランティア 【平成29年8月1日(火)～8月4日(金)】

参加申し込み書

所属		担当者氏名	
電話番号		FAX	
メールアドレス			
参加者氏名	申し込みNO (複数記入可)	備考 (希望時間等があればご記入ください。時間選択コースは時間の記入をお願いします。)	

注意事項

申し込みはFAXにてお願いいたします。
こちらから連絡を入れる場合がありますので、連絡先(電話・FAX・メール)を必ずご記入ください。
申し込み番号はボランティアさん募集の表の右側に記載してある番号をご記入ください。
複数回の参加も大歓迎です。