

# ボランティア参加申込書

年 月 日

インド福祉村協会  
理事長 山本 左近 殿

氏名  
住所 〒

TEL :  
FAX :  
携帯 :  
留守宅連絡先 :

目的 (具体的に)

予定期間

出発→帰国                      年 月 日 ~ 年 月 日

病院宿泊期間                    年 月 日 ~ 年 月 日

旅行代理店名

IWWS 理事氏名

印

1ヶ月前までに提出願います。

インド福祉村協会 事務局  
〒441-8124 愛知県豊橋市野依町字山中 19-14  
医療法人さわらび会 福祉村病院内  
TEL : 0532-46-7511  
FAX : 0532-46-4899