

FAX: 097-509-1320

失語症全国大会インおおいた 事務局

申し込み締め切り日:平成31年1月末日

【協賛金申込書】

失語症全国大会インおおいたの趣旨に賛同し、
下記金額を協賛金として申し込みます。

金 _____ 円也

御芳名又は法人名 (領収書宛名)	
ご住所	〒
ご担当者名	
TEL	
FAX	
E-mail	
振込予定日	平成 年 月 日予定

ご記入いただきました個人情報の内容につきましては、本会の連絡ならびに各種学会の御案内以外には使用いたしません。