

失語症全国大会inやまなし 協賛金募集



あなたの優しさは 失語症のある方の希望になる

失語症全国大会inやまなし実行委員会では、
失語症全国大会開催にあたり協賛金のご協力をお願いしております。

失語症は主に脳梗塞や脳外傷の後遺症として生じ、失語症のある方は言葉を失い社会との絆を絶たれ、苦悩や葛藤を抱えて生活しています。目に見えない障害であり社会的認知度はなかなか進んでいません。この失語症全国大会とは、失語症当事者、家族、支援者及び一般市民が一堂に会し、失語症の理解を図り、また交流を深めるために開催しています。この大会は参加費収入を主たる財源として運営されていますが、活動資金に乏しいのが現状です。皆様のご協力を賜りたく存じます。

申込方法については裏面にご案内しておりますので、何卒よろしくお願いいたします。

【問合せ先】

一般社団法人山梨県言語聴覚士会 失語症全国大会inやまなし実行委員会 事務局
春日居サイバーナイフ・リハビリ病院 言語療法科（担当 河西）
TEL: 0553-26-4126 FAX: 0553-26-4366 E-mail: st@kasugai-reha.com



送信表
不要

FAX : 0553-26-4366

宛 先：失語症全国大会inやまなし実行委員会 事務局
春日居サイバーナイフ・リハビリ病院 言語療法科

申込締切：令和2年7月31日（金）

協賛金振込先

【金融機関】山梨信用金庫（金融コード1386）【店名】石和支店（イサワシテン）
【店番】027 【預金種目】普通預金 【口座番号】0453903
【口座名義】失語症全国大会 in やまなし実行委員会 実行委員長 内山量史
（シツゴショウゼンコクタイカイインヤマナシジッコウイインカイ
ジッコウイインチョウウチヤマカズシ）

協賛金額

【個人】志で結構でございます 【団体・企業】1口 10,000円（上限ございません）

【協賛金申込書】

失語症全国大会inやまなしの趣旨に賛同し、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	令和	年	月 日 予定

【注意事項】

※必要事項をご記入いただき、FAXにてお申込み下さい。

※領収書の発行、プログラム集等に御芳名を記載いたします。なお、7月31日（金）までの申込を該当とさせていただきます。期日以降の申込については、記載が出来ない場合もございます。

※ご記入いただきました個人情報の内容につきましては、本会の連絡以外には使用致しません。

【失語症全国大会 in やまなし、第34回日本失語症協議会、第9回失語症デイ振興会】

主催：一般社団法人山梨県言語聴覚士会 失語症全国大会 in やまなし実行委員会

共催：NPO 法人日本失語症協議会、NPO 法人失語症デイ振興会、NPO 法人ゆずりはコミュニケーションズ