記入例

払込取扱票

認定審査料は　会員10,800円
非会員16,200円

00 東京

口座記号	口座番号（右詰めで記入）	金額
※ 0 0 1 9 0 ─ ※ 5	※ 7 7 2 3 3	※ 千 百 十 万 千 百 十 円 1 0 8 0 0

加入者名 ※ 一般社団法人日本病院薬剤師会

料金　特殊取扱

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

通信欄・ご依頼人

※ 感染制御専門薬剤師認定審査料

1）施設名：○○病院

2）申請者名：○○　○○

〒※ 000-0000
おところ ※ ○○県○○市 1-1-1
○○病院

おなまえ ※ ○○　○○　様

（電話番号 00　0000　0000 ─ ）

受付局日附印

裏面の注意事項をお読みください。

これより下部には何も記入しないでください。

振替払込請求書兼受領証

口座記号番号	※ 0 0 1 9 0 ─ ※ 5 / ※ 7 7 2 3 3
加入者名	※ 一般社団法人 日本病院薬剤師会
金額	※ 千 百 十 万 千 百 十 円 1 0 8 0 0
ご依頼人	おなまえ ※ ○○　○○　様
料金	（消費税込み） 円
特殊取扱	
受付局日附印	

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

郵便局にお出しください。