

記入例

払込取扱票

更新審査料は 会員10,800円
非会員16,200円

振替払込請求書兼受領証

00	東京	口座記号		口座番号(右詰めで記入)						金額	千	百	十	万	千	百	十	円
0	0	1	9	0	5	7	7	2	3	3				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							
通信欄・ご依頼人 感染制御専門薬剤師更新審査料																		
1) 施設名: ○○病院																		
2) 申請者名: ○○ ○○																		
〒 ○○-○○○○ ○○県○○市 1-1-1 ○○病院																		
おなまえ ○○ ○○																		
(電話番号 00 0000 0000 -)																		
受付局日附印																		

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

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。

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。

口座記号	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			
おなまえ	○○ ○○ 様											
料	(消費税込) 受付局日附印											
金	円											
特殊取扱												