

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

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													
0	0	1	9	0	5	7	7	2	3	3							1	0	8	0	0						
加入者名												金額															
一般社団法人日本病院薬剤師会												特殊取扱															

加入者名
一般社団法人日本病院薬剤師会

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: ○○ ○○

〒
おとこ
おとこ
おなまえ

000-0000
○○県○○市 1-1-1
○○病院

○○ ○○

(電話番号 00 0000 0000 -)

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。

口座記号番号	0	0	1	9	0	5			
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	○○ ○○								
ご依頼人	様								
料	(消費税込み) 受付局日附印								
金	円								
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。

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。