払込取扱票

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	※	○ ○ ○ ○

加入者名 ※ 一般社団法人 日本病院薬剤師会

料金 ／ 特殊取扱 ↑再発行手数料をご記載下さい

通信欄・ご依頼人 ※

認定証再発行手数料(○○○○)

↑認定証の種類を記載して下さい

〒○○○－○○○○

おところ ※ ○○県○○市○－○－○ ←送付先住所を記載して下さい

おなまえ ※ ○○○○○○○○ ←施設名を記載して下さい

○○ ○○ ←氏名を記載して下さい 様

（電話番号 ○○ ― ○○○○ ―○○○○ ）

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。

切り取らないで郵便局にお出しください。

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	※ 日本病院薬剤師会	
金額	千 百 十 万 千 百 十 円 ※	
ご依頼人	おなまえ ※ ○○ ○○ 様	
料金	（消費税込み） 円	受付局日附印
特殊取扱		