

FAX送信先 03-3797-5303

別添2

受講料返金依頼書

平成22年度新しい業務展開に向けた特別委員会主催研修会の受講をキャンセルしたいので、下記口座へ返金を希望します。

研究会名	<input type="checkbox"/> 3/12 大阪 <input type="checkbox"/> 3/13 東京 (該当する項目にチェックを付けて下さい。)
受講番号	
フリガナ	
氏名	
施設名	
施設住所	〒 ー

金融機関名 (銀行番号)	銀行 ()
支店名 (支店番号)	本店・支店・出張所 *該当箇所に○を付けてください。 ()
預金種目	1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄
口座番号	No.
フリガナ	
口座名義	

*本情報は、受講料返金以外には使用いたしません。

社団法人 日本病院薬剤師会 経理課行
E-mail : keiri@jshp.or.jp