

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											
00		190		5		77		23		33		1		0		8		0		0		0		0		0		0		0									
加入者名		一般社団法人日本病院薬剤師会																																					
金額														特殊取扱																									

口座記号番号		001905												77233											
加入者名		一般社団法人 日本病院薬剤師会																							
金額		10800												000											
おなまえ		〇〇 〇〇																							
ご依頼人		様																							
料金		受付局日附印																							
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。

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。

## 感染制御専門薬剤師認定審査料

- 1) 施設名: 〇〇病院
- 2) 申請者名: 〇〇 〇〇

〒 〇〇〇-〇〇〇〇  
 〇〇県〇〇市1-1-1  
 〇〇病院

おなまえ  
 〇〇 〇〇

(電話番号 〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 - )

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。