

記入例

払込取扱票

更新審査料は 会員 11,000 円
非会員 16,500 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	千	百	十	万	千	百	十	円
加入者名 一般社団法人日本病院薬剤師会											料		金					
通信欄 精神科専門薬剤師 更新審査料											特殊		取扱					
1) 施設名: ○○病院																		
2) 申請者名: ○○ ○○																		
〒 おとこころ 000-0000 ○○県○○市 1-1-1 ○○病院																		
おなまえ ○○ ○○																		
(電話番号 00 0000 0000 -)																		
様											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。

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	1	0	0	0
ご依頼人	おなまえ ○○ ○○ 様							
料金	(消費税込み) 受付局日附印							
特殊取扱	円							