

記入例

払込取扱票

認定審査料 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
											1	1	0	0	0			

加入者名 **一般社団法人日本病院薬剤師会**

金額 料金 特殊取扱

感染制御専門薬剤師認定審査料

1) 施設名: ○○病院

2) 受講者名: ○○ ○○

〒 ○○○-○○○
○○県○○市 1-1-1
○○病院

おなまえ ○○ ○○ 様

(電話番号 00 0000 0000 -)

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。
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	1	0	0	0
おなまえ	○○ ○○ 様								
料金	受付局日附印								
特殊取扱	円								