

記入例

払込取扱票

認定審査料は 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	
															1	1	0	0	0

加入者名	一般社団法人日本病院薬剤師会	料金	特殊取扱
------	----------------	----	------

妊婦・授乳婦専門薬剤師認定審査料

- 1) 施設名: ○○病院
- 2) 申請者名: ○○ ○○

〒 000-0000
 ○○県○○市 1-1-1
 ○○病院
 おなまえ ○○ ○○
 (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	0	0	1	9	0	5			
口座番号									
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	ご依頼人								
	○○ ○○								
	様								
料	(消費税込み)		受付局日附印						
金	円								
特殊取扱									