

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	千	百	十	万	千	百	十	円
0	0	1	9	0	5	7	7	2	3	3				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								
通信欄 HIV感染症専門薬剤師認定審査料										料								
1) 施設名: ○○病院										金								
2) 申請者名: ○○ ○○										額								
〒 おところ 000-0000 ○○県○○市1-1-1 ○○病院										受付局日附印								
おなまえ ○○ ○○																		
(電話番号 00 0000 0000 -)										様								

記載事項を訂正した場合は、その箇所を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	○○ ○○							
ご依頼人	様							
料	(消費税込み) 受付局日附印							
金	円							
特殊取扱								

各欄の※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。