

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				
													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・授乳婦専門薬剤師更新審査料

- 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

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			
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。