

【記載例】

2,160(税込)

00		東京	払込取扱票										金額		千 百 十 万 千 百 十 円	
00		1905	77233													
● 記入要		● 一般社団法人 日本病院薬剤師会										料全		備考		
● 日病薬誌投稿手数料		* 整理番号		● 会員番号												
● 論文名																
* 下記の欄(おとこ)は所在地、勤務先名、所属科等、(おなま)は責任著者名、(電話番号)は勤務先の電話番号をご記入下さい。																
* 領収書は発行いたしません。振替払込請求書兼受領証を大切に保管してください。																
● 日病薬誌																
● 日本病院薬剤師会																
● 日病薬誌投稿手数料																
● 論文名																
● 責任著者名																
● 所属科																
● 勤務先名																
● 電話番号																
● 郵便番号																
● 住所																
● 備考																
● 日病薬誌投稿手数料																
● 論文名																
● 責任著者名																
● 所属科																
● 勤務先名																
● 電話番号																
● 郵便番号																
● 住所																
● 備考																
● 日病薬誌投稿手数料																
● 論文名																
● 責任著者名																
● 所属科																
● 勤務先名																
● 電話番号																
● 郵便番号																
● 住所																
● 備考																
● 日病薬誌投稿手数料																
● 論文名																
● 責任著者名																
● 所属科																
● 勤務先名																
● 電話番号																
● 郵便番号																
● 住所																
● 備考																
● 日病薬誌投稿手数料																
● 論文名																
● 責任著者名																
● 所属科																
● 勤務先名																
● 電話番号																
● 郵便番号																
● 住所																
● 備考																

● 各欄の非印刷欄は、ご依頼人において記載してください。

記載事項を訂正した場合は、その際に訂正印を押してください。

振替払込請求書兼受領証

口 振込金額		001905									
● 振込先		77233									
● 振込先		一般社団法人 日本病院薬剤師会									
金額		千 百 十 万 千 百 十 円									
● 振込先		おなま									
ご依頼人		注：責任著者名を必ず記入して下さい。									
料 全		日 附 印									
備考											

この受領証は、大切に保管してください。