

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										料金	特殊取扱							
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 - )																		
様										受付局日附印								

記載事項を訂正した場合は、その箇所<sup>①</sup>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	○○ ○○																		
ご依頼人	様																		
料 金	(消費税込み) 受付局日附印																		
	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。