

記入例

払込取扱票

更新審査料は 会員10,800円
非会員16,200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	0	8	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							

口座記号	0	0	1	9	0	5		
口座番号	7 7 2 3 3							
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	0	8	0	0
おなまえ	〇〇 〇〇							
ご依頼人	様							
料 金	(消費税込み) 受付局日附印							
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。

感染制御専門薬剤師更新審査料

1) 施設名: 〇〇病院

2) 申請者名: 〇〇 〇〇

〒 〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市 1-1-1
〇〇病院

おなまえ 〇〇 〇〇

(電話番号 〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 -)

様

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。

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。