

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								
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																

通信欄

精神科専門薬剤師 認定審査料

1) 施設名: ○○病院

2) 申請者名: ○○ ○○

〒 ○○-○○○

おとこころ ○○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、その箇所に訂正印を押してください。

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																
ご依頼人	おなまえ ○○ ○○ 様																
料金	(消費税込み) 受付局日附印																
特殊取扱	円																

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。