

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 001905	口座番号(右詰めで記入) 77233	金額 11000	千	百	十	万	千	百	十	円
加入者名 一般社団法人日本病院薬剤師会				科目 金	特殊取扱							
感染制御専門 薬剤師認定審査料												
1) 施設名: ○○病院 受付番号: 9999												
2) 申請者名: ○○ ○○												
〒 〇〇-〇〇〇〇 おとこ 〇〇県〇〇市 1-1-1 おとこ 〇〇病院												
おなまえ 〇〇 ○○ 受付番号: _____ 様												
(電話番号 〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 -)												
受付局日附印												

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。

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。

00	東京	口座記号 001905	口座番号(右詰めで記入) 77233	金額 11000	千	百	十	万	千	百	十	円
加入者名 一般社団法人 日本病院薬剤師会				科目 金	特殊取扱							
おなまえ												
〇〇 ○○ 受付番号: _____ 様												
(消費税込) 受付局日附印												
料 金 円												
特殊取扱												

※受付番号の記載漏れにご注意下さい。