

記入例

払 込 取 扱

認定審査料 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						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							
通 信 欄 がん薬物療法専門薬剤師認定審査料						科 金		取 扱							
1) 施設名: ○○病院						受付番号: 9999									
2) 受講者名: ○○ ○○															
〒 000-0000															
おとこみ ○○県○○市1-1-1															
おなまえ ○○病院															
○ ○ ○ ○															
(電話番号 00 0000 0000 -)															
受付局日附印															

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								
消費税込	受付局日附印								
料 金	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。

記載事項を訂正した場合は、その箇所を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。